Nr. 1. 1. stycznia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr. med. et phil. Tadeusz BILIKIEWICZ Kraków.
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Z historyczno-lekarskich problemów przyszłości *).

W niniejszym wykładzie będzie mi chodziło o poruszenie takich zagadnień historji medycyny, któreby zaspokajały nietylko nasze zamiłowania humanistyczne, ale i pewne praktyczne potrzeby nauki. Zdawałoby się, że jest to zadanie niesłychanie trudne, lub wręcz niemożliwe. Czy są zagadnienia historyczne, któreby poza czysto naukowo-teoretycznym efektem jeszcze mogły służyć do wzbogacania wiedzy lekarskiej? Rozszerzać widnokrąg myśli lekarza na materjale dziejowym, podnosić kulturę jego umysłu w kierunku humanistycznym, kształcić krytycyzm i wypleniać dogmatyzm — to zdawałoby się wszystko, co dać mogą studja historji medycyny. Zwłaszcza ogół lekarzy wyrobił sobie przekonanie, że historja medycyny jest wprawdzie przedmiotem bardzo pięknym i zajmującym, ale jakgdyby luksusowym, gdyż bezpłodnym, jeżeli chodzi o przyczynianie się do postępów wiedzy lekarskiej. Podobna opinja panuje wogóle w odniesieniu do historji. Powiedzieć o jakiejś rzeczy, że posiada tylko wartość historyczną, to tyle mniej więcej znaczy, co powiedzieć, iż nie posiada żadnej wartości. Temu przekonaniu nie zdołają zapobiec nawet odkrywcy w rodzaju Aschnera, którzy z muzeum historji medycyny starają się wydobyć wygasłe pojęcia i zapomniane metody, aby się przydać mogły w obecnym okresie zamieszania. Albowiem zwrot medycyny wstecz na większą skalę nie jest możliwy. Zdobycze nowoczesnej medycyny są zbyt wielkie, by można im było poderwać podstawy jakąkolwiek krytyką w czambuł. Ci, którzy z historji medycyny radziby uczynić jakieś narzędzie buntu, są na błędnej drodze; w jej istocie bowiem leży konstruowanie, a nie destruowanie. W myślach, które chciałbym tu przedstawić, historja służyć ma za podporę rozwoju nowoczesnej medycyny. Zagadnienia, które poruszę, mają wskazać nowe możliwości dla historji medycyny i medycyny samej. Ale nie drogą krytyki i destrukcji, lecz drogą naukowej twórczości.

Są dziedziny, niedoceniane i nieopanowane przez fachowych historyków medycyny, których znaczenie dla nauk przyrodniczych a zwłaszcza dla medycyny nie ulega najmniejszej wątpliwości. Dziedziny te rozwiną się i dojdą w przyszłości do nieoczekiwanego rozkwitu, gdy ujmie je w ręce historyk, aby w ścisłej współpracy z przedstawicielami rozmaitych gałęzi nauk przyrodniczych przeprowadzić zaniedbane badania. W niniejszym odczycie poruszę tylko kilka takich zagadnień przykładowo. Wskażę najpierw na problem genjuszu w świetle historji medycyny, poruszę doniosłość historycznych badań dla studjów nad zagadnieniami dziedziczności, zwrócę uwagę na rolę historyka medycyny w badaniach z zakresu patologji historyczno-geograficznej oraz w badaniach nad chorobami tłumnemi, których dziś coraz mniej, a które w zamierzchłej przeszłości miljonom istnień przynosiły cierpienie i zagładę; wkońcu zatrzymam się nad refleksjami, jakie się budzą u lekarza w zetknięciu z zjawiskami t. zw. paralelizmu dziejów kultury.

Z tych kilku przykładowo wybranych zagadnień wezmę na pierwszy ogień problem genjuszu w świetle historji. Nie historycy, lecz klinicyści i biologowie pierwsi zwrócili uwagę na znaczenie danych historycznych dla studjów nad zagadnieniem genjuszu. Dotyczy to badaczy począwszy od Lombroso, poprzez Möbiusa aż do Kretschmera. Ten ostatni z szczególnem powodzeniem wskazał na doniosłość źródeł historycznych dla wyświetlenia biologicznych i lekarskich warunków powstania genjuszu. Patografja genjalnej twórczości staje się w ten sposób poważną gałęzią nauki, w której świetle zupełnie inaczej się przedstawia twórczość Rousseau, Goethego, Schopenhauera czy Nietzschego. Co do płodności tych badań niema dwóch zdań, chodzi tylko o należytą ich wszechstronność. Gdy chodzi o twórczość genjuszów ostatniej doby, to współpraca historyka medycyny jest zbędną. Do badań nad twórczością Nietzschego rozporządza się materjałami klinicznemi i biograficznemi nowoczesnemi, w których biolog, psycholog i psychjatra z łatwością się orjentuje. Dzieło *„Geniale Menschen“* (1929) Kretschmera dowodzi jednak naocznie, jak niezbędną jest pomoc historyka w opracowaniu twórczości dawnych genjuszów. Zwłaszcza historyk medycyny jest w stanie dojrzeć, jak bogate materjały zostały pominięte. Mogłoby się jednak może zdawać, że studja nad genjuszami współczesnemi wystarczą, że nie jest potrzebne sięganie do skarbca historji, by rozświetlić zagadkę genjuszu. W odpowiedzi wskażę najpierw na fakt, że tylko badania historyczne są w stanie rzucić światło na doniosłą kwestję dziedziczności. Powtóre genjusz jest zjawiskiem zbyt rzadkiem i zbyt indywidualnem, by wolno się było ograniczać tylko do teraźniejszości. Badania przyszłości muszą się liczyć z faktem, że najwięksi genjusze ludzkości to osoby historyczne, które tylko raz się zjawiły. A dalej, sama olbrzymiość genjuszu ma już to do siebie, iż przez współczesnych jest niedoceniona. Zwłaszcza lata najbardziej natężonej twórczości, lata młodości, lata spędzane przeważnie wśród ciężkich walk o byt, wśród obojętności otoczenia, a zarazem lata ze stanowiska naukowego najciekawsze, gdyż te właśnie, w których zawiązuje się mechanizm genjalnego tworzenia, w których najrozmaitsze konflikty wewnętrzne i zewnętrzne doprowadzają do takich psychologicznych splotów, iż są one w stanie wycisnąć piętno na całej przyszłości człowieka i wyzwolić drzemiące w jego łonie twórcze potęgi — te właśnie lata rodzenia się genjuszu skryte są przed okiem większości badaczów. Strona psychopatologiczna genjalnej twórczości tylko częściowo uwidocznia się w pismach tych jednostek. Źródła biograficzne zawierają bezporównania więcej momentów, oświetlających genezę genjalnej twórczości.

Stąd też pozornie mogłoby się zdawać, że badania patograficzne właśnie najwięcej rzucą światła na zagadnienie genjuszu, gdy będą przeprowadzone na materjałach, dotyczących ludzi współczesnych. Wszak materjały te opracowane będą znacznie dokładniej i będą bezporównania bogatsze. Jeśli będzie chodziło o genjalne jednostki, które w jakimś okresie swego życia były obserwowane przez lekarzy, zwłaszcza na klinikach, to wyniki takich badań nie będą pozostawiały nic do życzenia, te źródła kliniczne bowiem, na których się oprzemy, będą opracowane naszemi nowoczesnemi metodami lekarskiemi. Źródła historyczne, nawet jeśli zawierają obserwacje lekarzy, nigdy nawet w przybliżeniu nie dorównają pod tym względem materjałom archiwalnym nowoczesnych klinik. Ten zarzut, który rzeczywiście zawiera dużo słuszności, pozwala nam jednakże na wizję przyszłości. Wolno nam, patrząc na opracowania materjałów klinicznych, dotyczących Nietzschego, puścić wodze naukowej wyobraźni i ujrzeć czasy — może kilkaset, może kilka tysięcy lat po naszym zgonie — gdy bogate i przepełnione po brzegi archiwa kliniczne stać będą otworem dla biologów, psychjatrów i psychologów. Szczęśliwi ci badacze rozporządzać będą historjami chorób z olbrzymiego czasokresu, i to dokumentami nie fragmentarycznemi i opartemi na słowniku pojęć i metod przestarzałym lub nie dość ścisłym, ale dokumentami opracowanemi naszemi nowoczesnemi metodami, z naszą dzisiejszą ścisłością, względnie z ścisłością jeszcze znacznie przewyższającą to, czem się dzisiaj jako ostatnim wyrazem techniki i nauki chlubimy. Z drugiej zaś strony chciałbym zwrócić uwagę na punkt — że się tak wyrażę — kulminacyjny moich wywodów w tej sprawie. Chciałbym zwrócić uwagę na fakt, że przyszły badacz kwestji genjalnej twórczości, który się do wyzyskania tych klinicznych materjałów weźmie, będzie musiał z natury rzeczy być historykiem medycyny, będzie musiał być uzbrojony zarówno w wiedzę przyrodniczą fachową, jak i historyczną — względnie, co dla nauki jest rzeczą obojętną, będzie musiało przyjść do najściślejszej współpracy przyrodników z historykami.

Z tego, co powiedziałem, żadną miarą atoli nie wynika, by badania te w sposób bardzo wygodny przesunąć w daleką przyszłość. Ktoby tak twierdził, ten zamknąćteby musiał mieć oczy na swoistą indywidualność genjalnego tworzenia. Zjawienie się genjalnego twórcy w przebiegu dziejów jest zdarzeniem jednorazowem nieodwracalnem i niepowtarzalnem. Przyszłość może się okazać żyzną dla nowych jednostek genjalnych, ale nigdy nie wyda już więcej Sokratesów, Platonów, Arystotelesów, Koperników, Leonardów da Vinci, Descartes'ów, Shakespeare'ów, Kantów, Napoleonów i t. d. Te jednorazowe zdarzenia dziejów kultury każde dla siebie jest naukowym problemem, którego pomijać nie wolno. Materjałów historycznych,

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 23. listopada 1932 r.

tak ogromnie stosunkowo bogatych, dotyczących tych wielkich ludzi, nie wolno oddawać w ręce wyłącznie historyków literatury, którzy niejednokrotnie rysy psychopatologiczne biorą za osobiste dziwactwa, a wybitne objawy nienormalności pomijają, jako niezrozumiałe dla nich i przypadkowe, lub pełne oryginalnej tajemniczości. Wobec takich faktów lekarz zupełnie inaczej się zachowa, okaże dla szczegółów laikowi nic nie mówiących zgoła inne zrozumienie, będzie w stanie powiązać składniki twórczości z pierwiastkami psychopatologicznemi, a na szeregu takich naukowych faktów, uzyskanych przez najdokładniejsze analizy zachowanych źródeł, będzie mógł zczasem dojść do syntezy, o której rozmiarach — ze względu na zaczątkowość (jeśli nie zupełny brak) tych badań — nawet przybliżonego wyobrażenia dziś nie potrafimy sobie wyrobić. Zapewne, że byłoby rzeczą bardzo pomyślną, gdybyśmy do spraw genjuszów dawnych epok rozporządzali materjałami klinicznemi czy biologicznemi, opracowanemi naszemi dzisiejszemi metodami. W tak szczęśliwem położeniu będą badacze przyszli w odniesieniu do genjalnych twórców naszej doby, ale i oni raz na zawsze wyrzec się będą musieli nadziei, by można było kiedykolwiek bodaj przybliżyć się do tego ideału, gdy chodzi o osobistości starożytne i nowożytne aż do niedawnych czasów. Badania te jednakże są jak powiedziałem konieczne, mimo te trudne warunki, jeżeli z pola badań nie mają być usunięci najwięksi genjusze ludzkości.

Badania nad problemem genjuszu stykają się z natury rzeczy z jednym z najtrudniejszych działów biologji, z problemem dziedziczności. Tutaj niewątpliwie myśl historyczna święcić będzie w przyszłości największe triumfy. Wiemy wszak, że życie badacza jest tak krótkie, iż nie jest on w stanie przebadać zjawisk dziedziczności u człowieka na więcej jak kilku pokoleniach. W praktyce lekarz stosuje myśl historyczną pod postacią anamnezy osobniczej. Nie potrzeba jednak chyba dowodów na to, że tą drogą zdobyte dane historyczne nie są w stanie nawet w przybliżeniu zaspokoić wymagań ścisłości naukowo-historycznej. Niektóre stare kliniki europejskie, oddawna prowadzące dokładne historje chorób, niejednokrotnie robią użytek z własnych materjałów archiwalnych, gdy chodzi o wyświetlenie kwestji dziedziczności w indywidualnym wypadku. Ten rodzaj anamnezy ma rzeczywistą wartość naukową i im dalej wstecz sięgnie wymowa archiwów klinicznych, tem większy będzie triumf myśli historycznej w medycynie.

Pod koniec ubiegłego wieku zapoczątkowano poważne badania nad dziedzicznością, przedsięwzięte od nietkniętej dotąd strony historycznej. Pomysł opracowania t. zw. patologji historycznej wyszedł od znanego tłumacza dzieł Hippokratesa, Littré'go. On to natchnął francuskiego uczonego Augusta Bracheta do podjęcia badań nad dziedziczeniem chorób na podstawie materjałów historycznych, dotyczących członków francuskiej rodziny królewskiej (1). We „Wstępie" do swego dzieła Brachet skreślił zarys „metodologji kliniki historycznej", starając się zarazem wykazać ogromne znaczenie patologji historycznej zarówno dla historji, jak i dla medycyny. Jakkolwiek metodologja Bracheta wymaga jeszcze wielu uzupełnień i udoskonaleń, to jednak przyznać trzeba, że jego inicjatywa otworzyła dla badań nad dziedzicznością zupełnie nowe drogi. Na przełomie XIX. i XX. wieku rozpoczął się żywy ruch naukowy na tem polu. Zwłaszcza prace Jacoby'ego i Galippe'a zasługują na wyróżnienie (2), mimo iż z historycznego stanowiska nie wytrzymują krytyki.

Żywa dyskusja, jaka się wywiązała nad wynikami tych badań, świadczy z jednej strony o tem, jak bardzo one były potrzebne i jak bardzo okazały się owocne, a z drugiej strony, ile historycznej biegłości musi mieć badacz, by wnioski jego wytrzymały krytykę historyków. Wskażę to na kilku przykładach. Galippe przeprowadził badania nad prognatją, opierając się głównie na bogatych materjałach ikonograficznych, dotyczących rodzin panujących. Trzeba mieć bardzo dużo krytycyzmu historycznego i znajomości poszczególnych epok historji kultury, by z tych materjałów ikonograficznych nie wysnuć zupełnie błędnych wniosków. Najstarsi Habsburgowie są nam znani z obrazów malarzy XVII wieku. Wizerunki te z zasady przedstawiają twarze najstarszych Habsburgów z wyraźnie zaznaczoną prognatją. Ktoby z tego chciał wysnuć wniosek, że Habsburgowie XIII czy XIV wieku rzeczywiście mieli wystającą szczękę dolną, ten złożyłby świadectwo nieznajomości historji. Pierwszy dowód prognatji u Habsburgów widzimy na medalu Wojciecha Dürera, przedstawiającym Fryderyka III i Maksymiljana, gdzie zwłaszcza ten ostatni odznacza się wybitną prognatją. Ten sposób malowania członków tego rodu stał się odtąd nakazem mody. Mieć wystającą szczękę dolną i opadniętą wargę było znamieniem szlachetności urodzenia. Kobiety z pychą obnosiły habsburską wargę. Malarze musieli schlebiać panującym, a również ich przodkom. By rozwiać plotki o tajemnych domieszkach podłej krwi, wyolbrzymiano u panujących tę cechę, a zarazem i wstecz u najodleglejszych przodków naprawiano pod tym względem niedopatrzenia najstarszych artystów, pozbawionych naturalistycznego zmysłu.

Na wielu takich przykładach da się pokazać, jak trudna dla niehistoryka jest orjentacja w tych materjałach. Są one wprawdzie liczne, wszak chodziło o osobistości, które skupiały na sobie uwagę wszystkich i to nietylko laików, ale i co najwybitniejszych lekarzy. Ale z drugiej strony pamiętać się musi, że dziejopisowie prawdę historyczną musieli zatajać. Dla naukowych badań nad dziedzicznością jest wszak rzeczą niezbędną, mieć pewność, że np. dany osobnik naprawdę pochodzi od swego ojca. Poza tem powinno się uwzględniać nielegalne potomstwo. Zadanie jest tutaj o tyle ułatwione, że dawniej bynajmniej (jak niektórzy przypuszczali) nie wstydzono się nieprawego łoża, przeciwnie, na osobistości te patrzono z uszanowaniem i dochodziły one niejednokrotnie do dużych wpływów, mogąc się pochwalić krwią królewską. Jeszcze szereg innych błędów popełniali badacze niehistorycy: dzieci w wczesnym wieku zamordowane uznawano za zmarłe wskutek konstytucjonalnej słabości i wysnuwano z takich przesłanek wnioski co do zwyrodnienia danego rodu, lub też do podobnych wniosków dochodzono w wypadkach bezpłodności, spowodowanej brakiem męskich potomków lub bezżennością ostatnich członków rodu i t. d.

Tego rodzaju błędy powstały albo stąd, iż źródła historyczne opracowywali lekarze i przyrodnicy, nie posiadający historycznego przygotowania, albo też stąd, iż do lekarskiej treści tych materjałów brali się historycy bez lekarskiego względnie przyrodniczego wykształcenia. Ten brak współpracy historyków z lekarzami był powodem najpotworniejszych nieporozumień. Stwarzano fałszywe genealogje i budowano na takich faktach przedziwnie odważne hipotezy. Wszystko to zdyskredytowało w wysokim stopniu owych badaczy, którzy narazili się na bardzo ostre krytyki. Ograniczę się tu tylko do wymienienia Naegeli-Akerblom'a (3), który gwałtownie atakował zarówno wspomniane badania nad dziedzicznością, przeprowadzane na materjałach rodów panujących, jak też i jeszcze niektóre inne, w których perspektywa historyczna jest rzeczą nieodzowną, jak np. badania nad bliźniaczością na podstawie historycznych źródeł (4). Tutaj warto wspomnieć prace Goehlerta i Speyra (5). Rzecz oczywista jednak, iż ostre te krytyki nie powinny były bynajmniej zahamować rozpoczętych badań. Pokazało się tylko poprostu, że współpraca lekarzy i biologów z historykami jest nieodzowną koniecznością. A jednak omawiany ruch naukowy stopniowo osłabł. Niektórzy historycy medycyny natomiast zużytkowali te tematy, opierając się przeważnie na pracach wzmiankowanych badaczy, do popularno-naukowych opracowań. Mam na myśli Cabanès'a i jemu podobnych. Tutaj anegdotyczno-literacka strona góruje nad naukowością i prace takie ani ze stanowiska lekarsko-biologicznego, ani historycznego nie przedstawiają wartości.

Poważne badania przyszłości potoczą się rzecz prosta drogą czysto naukową. Badania te wymagać będą najściślejszej współpracy historyków z biologami i klinicystami. Przy pomocy ścisłych metod historycznych i przyrodniczo-klinicznych dążyć się musi z jednej strony do jak najpełniejszego odtworzenia obrazu klinicznego poszczególnych członków rodu, czyli do wydobycia ze źródeł historycznych jak najbardziej przedmiotowej prawdy historycznej, — z drugiej strony do zużytkowania tych danych dla wniosków biologiczno-lekarskich. Bez historycznej krytyki źródeł, do której powołany jest tylko historyk fachowy, badania te nigdy nie będą zadowalniające. Tylko dziedziczenie oderwanych, pojedyńczych cech, rzucających się w oczy nawet laikom, da się opracować przy minimum krytycyzmu historycznego. W ten sposób przeprowadzono bardzo cenne badania nad dziedziczeniem talentu muzycznego w rodzinie Bachów, czy dziedziczeniem hemofilji w pewnych rodach i t. p. Do podjęcia na olbrzymią skalę tego rodzaju badań powinny zachęcać wyniki, dotąd osiągnięte. Prawo, iż hemofilję dziedziczy się po matce — a to samo w odniesieniu do prognatji wykazały historyczno-lekarskie badania Galippe'a, jest przykładem tego, iż historja medycyny ma znaczenie również dla wiedzy lekarskiej aktualnej. Tylko historja rozporządza materjałami do studjów nad dziedzicznością u człowieka. Materjały te są niezastąpione, dotycząc członków bogato rozgałęzionych rodzin, obserwowanych na przestrzeni wielu wieków, rodzin, które krzyżując się bezustanku wśród siebie, wydały nieprawdopodobną ilość osobników fizycznie i umysłowo nienormalnych. Joanna Szalona, Filip II Hiszpański, Piotr Wielki, Piotr III, Paweł I Rosyjski, Chrystjan VII Duński i długi korowód innych — to wszystko umysłowo chorzy, których korony na głowach skupiały na sobie uwagę lekarzy, mężów stanu, dziejopisów i t. d. Ich spostrzeżenia to najbogatsze i jedyne źródło dla badań nad dziedzicznością, a zarazem nad zagadnieniem, które na początku nas zajmowało, nad zagadnieniem genezy genjuszu. Pokrewieństwo genjuszu i obłąkania — nieśmiertelna myśl Lombrosa — tylko przez dokładne historyczne studja może być wyświetlone.

Powiedział B o u c h o t: *„Rien n'est plus rapproché d'un fou, ou d'un dégénéré, qu'un genial. Le prognathe peut être idiot, comme il peut être également Laurent de Médicis, Charles-Quint ou Louis XIV"*. L i t t r é zaś powiedział, że patologja historyczna, nauka znajdująca się narazie w stadjum embrjonalnem, będzie jednym z duchowych obowiązków XX. stulecia. Mamy jeszcze prawie 70 lat czasu na spełnienie się tych proroczych słów.

Lecz narazie, zanim te olbrzymie badania zostaną podjęte (a że to się stanie, w to nie wątpię), rozprawić się muszę w paru słowach z pewnym zarzutem. Czy nie zachodzi mianowicie obawa, że te źródła historyczne, mimo swą obfitość i stosunkową ścisłość, nie dadzą jednak tego, co jest potrzebne dzisiejszemu badaczowi? Któż to bowiem tworzył te źródła? Lekarze z przed wieków, wychowani w świecie zupełnie innych pojęć lekarskich, nie znający dzisiejszej symptomatologji i nie mający pojęcia o nowoczesnych metodach badania i obserwowania. Czy więc spostrzeżenia owe, nawet jeśli jak na owe czasy bystre, dadzą się przełożyć na język nowoczesnych pojęć lekarskich? Nie ulega wątpliwości, że w wielu wypadkach jest to możliwe, ale niezawsze, i dlatego liczyć się trzeba z zarzutem, iż może nie da się wysnuwać jednolitych wniosków z dwóch zbiorów przesłanek, opracowanych w sposób różny ze stanowiska metodologicznego. Zdaje mi się — takbym sformułował odpowiedź na ten ewentualny zarzut — że w tym wypadku przed czystą logiką trzeba będzie istotnie skapitulować, a to wobec argumentów zupełnie praktycznej natury. Weźmy bowiem pod uwagę, patrząc przez pryzmat wizji przyszłości, ten doskonały stan nauk lekarskich za lat kilkaset i ten raj dla historyków medycyny, którymi z natury problemu staną się biologowie-badacze dziedziczności. Badacze ci będą rozporządzali archiwami klinicznemi z zakresu kilkuset, a później wszakże i kilku tysięcy lat, w których znajdą bezliku źródła do badań nad prawami dziedziczności u człowieka, i to źródła opracowane technicznie i metodologicznie z tą doskonałością, jaką się może poszczycić medycyna nowoczesnego człowieka i jaką się szczycić będzie medycyna przyszłego człowieka. W tych przebogatych materjałach znajdą się niewątpliwie długie pokolenia osobników dziedzicznie obciążonych i rody takie dostarczą nam na przestrzeni wieków wglądu w prawa dziedziczenia cech normalnych i patologicznych u człowieka, wglądu, o którym dziś nawet marzyć nie możemy. Myśl o przyszłym rozwoju nauk ma w sobie coś tak oszałamiającego, że skłonni jesteśmy wyobrażać sobie nawet największe klęski medycyny przyszłości pod postacią najdoskonalszych utopij. Bądźmy bowiem szczerzy i wyznajmy, że największą klęską medycyny i najpotężniejszym ciosem dla zawodu lekarskiego byłby idealny stan, w którym te przecudowne sny urzeczywistniłyby się; wówczas zniknęłyby choroby i zniknęłaby może nawet sama śmierć, a czerstwe zdrowie nieśmiertelnych pacjentów zamieniłoby szpitale i kliniki w muzea, a wszystkich lekarzy jak jeden mąż w historyków medycyny.

Ta *reductio ad absurdum* mieści jednak w sobie poważne ostrzeżenie na polu wzmiankowanych badań nad dziedzicznością. Wolno nam bowiem spodziewać się, że postępy eugeniki i profilaktyki doprowadzą już wkrótce do tego, że cierpienia dziedziczne stopniowo wymazane zostaną z dziejów ludzkości tak, iż przyszły badacz będzie miał może sposobność wniknąć w prawa dziedziczenia cech normalnych, a coraz mniej sposobności do przeglądu na materjale dziejowym zjawisk dziedziczenia chorób. Ponieważ zaś owe fantastycznych rozmiarów archiwa kliniczne z natury swej genezy najmniej będą wymowne w sprawie dziedziczenia cech normalnych u człowieka, przeto ów przyszły biolog wcale znowu nie będzie w tak nadzwyczajnie korzystnem położeniu. Raczej przeciwnie, nauczy się on cenić te materjały historyczne, któremi dzisiaj rozporządzamy, w nich bowiem zawarte są zdarzenia biologiczne i patologiczne, które prawdopodobnie nigdy się już w tych rozmiarach nie powtórzą. Historja dokonała na rodach panujących eksperymentu biologicznego, krzyżując je zapamiętale w własnym obrębie, i powinniśmy się nauczyć cenić wyniki tego eksperymentu. Coraz nieliczniejsze trony królewskie ulegają obaleniu, coraz częściej członkowie dynastyj idą w objęcia mezaljansów, psując ten olbrzymi eksperyment dziejowy, którego tylko ostatnie stadja danem jest obserwować nowoczesnemu lekarzowi przy pomocy nowoczesnych metod.

Nie jest to zresztą jedyna grupa zdarzeń patologicznych, przy których perspektywa dziejowa umożliwia daleko głębszy wgląd w sprawę. Wszystkie zagadnienia lekarskie o rozmiarach ogromnych w przestrzeni i czasie, o rozmiarach przekraczających możności obserwacyjne w granicach trwania kilku pokoleń lub w granicach pola widzenia pojedyńczych środowisk geograficznych, wszystkie zagadnienia rozgrywające się w ciągu wielu wieków, a nawet w czasie znacznie krótszym, a z drugiej strony zagadnienia rozciągnięte na takich przestrzeniach geograficznych, że zebranie ich musi być wynikiem współpracy mnóstwa ludzi i różnych czasokresów, — wszystkie takie problemy dadzą się oglądać należycie głęboko i wyczerpująco tylko pod kątem historycznych ujęć. W pierwszym rzędzie chciałbym tu wskazać na ogromnie interesujące tematy z zakresu p a t o l o g j i h i s t o r y c z n o - g e o g r a f i c z n e j. Badania te, które sięgają aż czasów H i p p o k r a t e s a, mają przedewszystkiem za zadanie wyświetlić łączność między występowaniem pewnych chorób, a położeniem geograficznem. Dla każdego, kto się bliżej zetknął z problematyką tych badań, staje się jasnem, iż ze strony historji medycyny spodziewać się tu można doniosłej pomocy. Badania te, zainicjowane na poważną skalę przez prof. S i g e r i s t a w Lipsku przed paru laty, odbywały się i odbywać się muszą przy najściślejszej współpracy patologów z historykami medycyny. Chodzi tu o poszukiwania niezmiernie trudne, których pełna wartość naukowa zależy od jak najbardziej wyczerpującego prześledzenia przyczyn, składających się na fakt, iż pewne choroby związane są mniej lub więcej ściśle z pewnemi okolicami lub krajami. Nie ulega wątpliwości, że ogromną rolę odgrywają czynniki klimatyczne i antropologiczne lub t. p. Atoli poza warunkami patologicznemi *sensu stricto*, jeszcze i inne, natury ogólniejszej wchodzą w grę, że wymienię tylko warunki obyczajowo-kulturalne łącznie z religijnemi, które składają się niejednokrotnie na właściwości patologiczne ludności pewnego kraju zarówno w kierunku fizycznym jak i psychicznym. Rzucić światło od strony historycznej na genezę tych warunków i na stan podobnych zjawisk w dalekiej i bliższej przeszłości — oto cel badań, rozpoczętych pod nazwą historyczno-geograficznej patologji (6). Badania z tego zakresu mają zresztą i odwrotną stronę, którą pominąć muszę. Chodzi mianowicie o wpływ chorób, zwłaszcza epidemij na stan kulturalny danego kraju. W odniesieniu do malarji i półwyspu apenińskiego przeprowadził badania te C e l l i (7).

Jeszcze większe znaczenie ma perspektywa historyczna dla badań nad chorobami masowemi, nad wielkiemi epidemjami, nad tłumnemi psychozami. Rozmiary tych chorób przekraczają wogóle wszelkie granice, które potrafimy sobie wyobrazić w dzisiejszych warunkach. Wiele z tych tłumnych cierpień ma znaczenie niemal wyłącznie historyczne, są jednak i takie, których dziejowe zgłębienie przydać się może w wysokim stopniu do poznania przyrody chorób, odgrywających i dzisiaj jeszcze pewną rolę. Z mnóstwa zagadnień tej grupy zwrócę uwagę przykładowo na wielkie epidemje trądu i dżumy i na pytania, jakie się wyłoniły z dociekań historycznych. Wszak nauka do dzisiaj nie znalazła jeszcze ostatecznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego te olbrzymie klęski, które niegdyś niszczyły miljony istnień, które były prawdziwem przekleństwem ludzkości, dziś straciły niemal zupełnie na żywotności. Wskazać ogólnie na postępy wiedzy lekarskiej, na podniesienie się poziomu higjeny i t. d. — to nie wystarcza. Wszak środka bezwzględnie zabezpieczającego przeciw dżumie czy trądowi nie znalazła jeszcze medycyna nowoczesna. Właśnie badania historyczne są wskazane, by ramię przy ramieniu z poszukiwaniami laboratoryjnemi i klinicznemi wyświetlić warunki powstawania chorób masowych.

Z pośród tych olbrzymich klęsk ludzkości szczególne zainteresowanie budzą masowe psychozy. Wielkie te wydarzenia dziejowe muszą być jak najstaranniej zbadane ze stanowiska lekarskiego, chociażby dlatego, że niektóre z nich bynajmniej nie na zawsze wygasły. Wspomniany przeze mnie francuski autor C a b a n è s wraz z N a s s e m poświęcili studjum historyczne psychozom rewolucyjnym (8). Materjały, które mieli w ręku ci autorowie, niewątpliwie powinny być jak najgruntowniej opracowane przez specjalistów z szeregu gałęzi wiedzy, przedewszystkiem przez psychologów i psychjatrów. Właśnie dla psychologji i psychjatrji otwiera historja najwdzięczniejsze pole do badań. Są olbrzymie zagadnienia dziejowe, o znaczeniu nieocenionem dla historji kultury, w których medycyna musi zabrać głos, aby zaspokoić nietylko zainteresowania historyczne, ale również potrzeby aktualnej wiedzy. Mam na myśli wielkie psychozy średniowieczne, któremi ostatnio zajął się prof. S z u m o w s k i (9). Jakkolwiek nie zgadzam się ze zdaniem, by materjały do dziejów wielkich psychoz masowych i prześladowań czarownic świadczyły ujemnie o duchu średniowiecza, gdyż właśnie większość źródeł świadczy niezbicie, iż owe haniebne prześladowania były wytworem Odrodzenia i czasów nowożytnych, to jednak przyznać muszę, że z badań tego rodzaju płynie ogromna korzyść dla zrozumienia psychologji i psychopatologji tłumu. Z wielu przykładów, które dałoby się tu przytoczyć, poprzestanę na wskazaniu pracy F r e u d a *„Eine Teufelsneurose im 17. Jahrhundert"* (10), gdzie twórca psychoanalizy występuje w roli historyka medycyny i wyświetla ze stanowiska swych teoryj wypadek opętania, wydobyty z źródeł historycznych. Tego rodzaju badania nie dadzą się zastąpić przypadkami z praktyki lekarza dzisiejszego. Atmosfera duchowa dzisiejszego środowiska, nawet w spotykanych jeszcze dzisiaj ośrodkach religijnego fanatyzmu, nigdy nie jest nacechowana taką krańcowością, by zdolna była wydać na świat tak jaskrawe i tak liczne przypadki psychonerwic. Zwłaszcza dla sym-

boliki psychoanalitycznej, której można być zwolennikiem lub przeciwnikiem, lecz której nie można odmówić bardzo głębokiego wglądu w mechanizm życia psychicznego anormalnego i normalnego, otworzą się najowocniejsze widoki, gdy bogata kazuistyka psychonerwic dziejowych wyzyskana zostanie dla jej celów. Jestem również głęboko przekonany, że wielu fanatycznych adoratorów cudotwórczyń w rodzaju Teresy Neumann w Konnersreuth ochłódłoby w swym zapale, gdyby poznało zarówno jej jak i swoje wizerunki w historji (11).

Zkolei zwrócę uwagę na inną grupę zagadnień i badań, gdzie współpraca historyka z przyrodnikiem - lekarzem jest naukową koniecznością. Mam na myśli paleopatologję. Któż z historyków medycyny i patologów nie zna klasycznego dzieła Ruffera (1921) i jego świetnych badań nad mumjami starożytnego Egiptu? Bogata już dziś literatura paleopatologiczna i osiągnięte dotąd wyniki, doniosłe zarówno dla historyków jak i dla patologów, są jeszcze jednym przykładem owocności myśli historycznej w medycynie i przyrodoznawstwie. Mumje egipskie dzięki tego rodzaju badaniom przestają być tylko straszakami muzealnemi, lecz stają się cennym i niezastąpionym materjałem ścisłych badań anatomicznych, anatomopatologicznych, antropologicznych i t. d. Chwila zastanowienia się jednakże nad odpowiedzialnością naukową badań paleopatologicznych wskaże bezspornie na to, że badacz paleopatolog musi mieć gruntowne wykształcenie historyczne, jeżeli wnioski wychodzące z pracowni paleopatologicznej mają być należycie wszechstronne i ścisłe. Dopiero w pracowni paleopatologicznej otwierają się oczy niejednemu anatomowi na fakt, iż są epoki, w których zarówno nauki przyrodnicze jak i humanistyczne mają przed sobą jeden i ten sam przedmiot badań. *Mutatis mutandis* można to samo powiedzieć i o epoce nowoczesnego człowieka. I ona kiedyś będzie przedmiotem takich samych badań, a badania te dadzą wyniki odpowiadające rzeczywistości tylko pod warunkiem najściślejszej współpracy przyszłych umysłów humanistycznych i przyrodniczych.

Na zakończenie jeszcze garść zagadnień ściśle historyczno-lekarskich, które już dziś, a w jeszcze wyższym stopniu w przyszłości, okazać się mogą bardzo płodne dla aktualnej medycyny. Nie są to tak dawne czasy, gdy szereg wybitnych historyków kultury zwróciło uwagę na ciekawe zjawisko paralelizmu między poszczególnemi wydarzeniami dziejowemi w danej epoce. Historycy jak Ranke, Joël i t. d. starali się drogą ogromnych syntez wyświetlić zjawisko równoczesnego zjawiania się analogicznych doniosłych wydarzeń w odległych od siebie dziedzinach życia kulturalnego. Dziś już nikt nie wątpi w to, że drogą samej analizy nie da się zrozumieć genezy kulturalnych prądów, teoryj i upodobań; że tylko drogą syntezy z wydarzeniami z historji powszechnej, z historji politycznej i gospodarczej i nawet historji mody da się zrozumieć problemy historji kultury. To też w rozmaitych działach historji kultury, z historją sztuki na czele, rozpoczęto wytężoną pracę, zmierzającą do wciągnięcia charakterystycznych dla danej epoki zdarzeń dziejowych na ogólne tło historyczne, utworzone z pierwiastków wszystkich dziedzin kultury. Odniedawna i historja medycyny stara się stanąć na poziomie tego filozoficznego ujmowania zagadnień. Dawne metody muzealno-kronikarskie, nacechowane czystą analizą źródeł, polegające przeważnie na gromadzeniu materjałów, spadają dzisiaj coraz bardziej do roli prac przygotowawczych, na których podstawach dokonuje się syntez w podanem powyżej znaczeniu. Z jednego krótkiego przykładu uwidoczni się, że poszczególne problemy z historji medycyny przez wciągnięcie ich w związek z ogólnem tłem kulturalnem danej epoki tracą charakter przypadkowych zdarzeń. Natomiast jasno się uwypukla ich zależność i równoległość z faktami innych dziedzin kultury. Oto przykład. Jeżeli XVII wiek stał niemal bez wyjątku na stanowisku tak bezkompromisowem, jak mechanizm i jeżeli starał się ujmować różnorodność zjawisk w każdej dziedzinie z jednego stanowiska tak, aby wszystkie elementy objąć w jedną całość i podporządkować jednej zasadzie, to działo się to nie dlatego, by nagle i przypadkowo i niezależnie od siebie różne umysły wpadały w odległych od siebie dziedzinach na podobne koncepcje, ale dlatego, że panującym stawał się pewien ponadosobowy ideał, który podświadomie wszyscy starali się naśladować. Jakiż to mógł być ideał w XVII wieku? Rzućmy okiem na różne dziedziny. W historji politycznej mamy absolutyzm, widzimy ześrodkowanie władzy w ręku jednego człowieka, stwierdzamy bezwzględne podporządkowanie licznych indywiduów woli jednego. W historji filozofji to samo zjawisko przybrało postać jeszcze klasyczniejszą. Tu zjawia się pęd do budowania ogromnych, porywających się na nieskończoność systematów konstruktywnych. Rozum jednego człowieka stara się dyktować w absolutystyczny sposób niezachwiane prawa całego kosmosu. Część ginie na ołtarzu całości. Człowiek indywidualny traci swe wyjątkowe stanowisko, jakie zdobył dzięki humanizmowi i podporządkowany zostaje całości i jedności natury. W przyrodoznawstwie tego okresu niema miejsca na nieuchwytną siłę życiową witalistów, zarówno cała przyroda, jak i organizm człowieka, wtłoczone zostają w ramy mechanistycznej jedności. Na terenie sztuki zaznaczają się te same tendencje. Humanistyczne rozfragmentaryzowanie dzieł klasycznych mistrzów renesansu zastąpione zostaje tendencją do ujmowania całych zagadnień tak, by tworzyły jedną, kompozycyjną całość. Na terenie embrjologji panującym jest ewolucjonizm, idący w ścisłym związku zależności z mechanistycznym poglądem na świat. Preformacjonizm wyklucza witalizm, wyklucza samorództwo, odmawia wszelkiego znaczenia indywidualnym czynnikom rozwojowym, pojętym witalistycznie, a tajemnicę powstawania przekazuje Bogu, który raz na zawsze ustanowił prestabilizowaną harmonję embrjonalnego rozwoju. Całą tę potężną dążność XVII stulecia, zaznaczającą swe piętno na wszystkich dziedzinach życia kulturalnego, traktuje dzisiejszy historyk, jako przejaw i wytwór jednego panującego stylu, stylu barokowego. (12).

Sigerist zwrócił uwagę na szereg przykładów tego paralelizmu dziejów kultury. Dla średniowiecza, w którem indywiduum podporządkowane było masie, w którem w miejscu stłumionego indywidualizmu występuje jak najdalej posunięty kolektywizm, charakterystycznemi chorobami są masowe epidemje. Odrodzenie i humanizm rzucają potężne zarzewie indywidualizmu i oto w tym okresie zjawia się cierpienie *par excellence* indywidualne, zdobyte przez indywidualny grzech, — syfilis. I każda epoka ma choroby dla siebie charakterystyczne. Zamiast licznych dalszych przykładów wymienię błednicę u dziewcząt, tak modną w epoce Biedermeyera, i tak doskonale do tego stylu dostosowaną.

Tego rodzaju zjawisk spostrzeżono mnóstwo. Mają one ogromne znaczenie dla zrozumienia ducha epoki, mimo iż przyczyn tych zjawisk nie da się wyjaśnić w paru słowach (13). Bardzo zawiłe mechanizmy dziejowe, splatające się z wielu momentami natury indywidualnej lub zgoła przypadkowej, składają się na te efekty, które się ukazują oczom badacza. Badania takie, im głębiej sięgają i im większym materjałem rozporządzają, tem większą zdają się tchnąć przestrogą, by żadnej modnej prawdy, żadnej utrwalonej teorji i hipotezy, nawet żadnych faktów nie uważać nigdy za ostatni wyraz sądu nauki. Albowiem najzacieklej bronione prawdy, w obronie których kładziono w ofierze nawet życie samo, wydają się z odległości czasu czczym przejawem mody czy ducha epoki. Z takich dociekań płynie dla aktualnej medycyny i płynąć będzie dla medycyny naszych prawnuków nauka surowego autokrytycyzmu, zalecającego ostrożne pytanie, czy też podstawy i pierwiastki naszej nowoczesnej medycyny nie są li tylko wyrazem ducha epoki lub wyrazem mody...

Oto kilka dziedzin historji medycyny, które przeczą powtarzanemu niejednokrotnie zdaniu, jakoby wysiłki historyków medycyny nie mogły dawać korzyści żywej nowoczesnej medycynie. Wszystko zależy od tego, do jakich zagadnień i z jakim zamiarem się przystępuje. Nie przeczę, że ogromna większość dzieł ma na celu korzyści humanistyczne w ogólnem tego pojęcia znaczeniu. W większości wypadków historja medycyny bardziej jest historją niż medycyną. Lekarz, który się nią zajmuje, lub który z jej dorobków korzysta, wynosi niewątpliwą ogładę umysłową humanistyczną, ale biegleiszym lekarzem-praktykiem nie staje się. Tak ma się rzecz, gdy mowa o przeważającej ilości zagadnień historyczno-lekarskich. W chwili, gdy zapoczątkowano omówioną powyżej patologję historyczną, wogóle wydawało się wątpliwe, czy zaliczyć tę dziedzinę do historji medycyny, czy też nie. Metodolog tych spraw Brachet starał się wogóle ostro odgraniczyć trzy gałęzie wiedzy historyczno-lekarskiej:

1) *histoire médicale,* gdzie ze stanowiska lekarskiego omawia się życie pewnego osobnika historycznego;

2) *histoire de la médecine,* roztrząsającą dzieje doktryn lekarskich i żywoty lekarzy; oraz

3) *pathologie historique,* która jest działem medycyny, gdzie badania prowadzi się na materjale historycznym.

Dziś zdaje się już nie ulegać wątpliwości, że o ostrych granicach między temi gałęziami wiedzy nie może być mowy. Wszystko to są badania historyczno-lekarskie. Jeżeli chodzi o patologję historyczną, to historyk medycyny nie ma pretensji do tego, by sam miał prowadzić dotyczące badania. Musi się jednak domagać, by go wzywano jako rzeczoznawcę tam, gdzie niehistoryk napróżno się boryka z materjałami historycznemi.

Myśl historyczna w medycynie kieruje się zresztą triumfalnie ku pograniczom najrozmaitszych dziedzin przyrodoznawstwa i medycyny. Czy Mickiewicz został otruty? To pytanie nie powinno być roztrząsane na łamach prasy codziennej przez żądnych senzacji literatów, lecz powinno być przedmiotem krytycznych badań historyczno-lekarskich. W ten sposób w zakres tych badań wciągnęłoby się zagadnienia z pogranicza historji i antropologji. (14). Wówczas echa ostatnich odkryć w podziemiach katedry

wileńskiej przeniknęłyby poza mury niektórych zakładów historji medycyny. Historje medycyny łączą z antropologją stare związki przyjaźni i pokrewieństwa i związki te nie powinny się w przyszłości ograniczać tylko do przewietrzania zmurszałych życiorysów.

Historja medycyny przyszłości wyciąga ręce ku jak najściślejszej współpracy z różnemi gałęziami medycyny żywej. Ogół lekarzy na pewno pokocha historję medycyny, gdy od niej przestanie wiać grobowy podmuch martwoty. Wówczas progi zakładu historji medycyny będzie młodzież przestępowała nie z uczuciem wchodzenia na cmentarz, lecz z uczuciem wchodzenia do zakładu pracy naukowej, gdzie z martwych materjałów przeszłości tworzy się gmach żywych prawd nauki.

Piśmiennictwo:

1) B r a c h e t A.: *Pathologie mentale des rois de France. Louis XI et ses ascendants. Une vie humaine étudiée à travers six siécles d'hérédité* 852—1483, *Paris* 1903. (Jest to wyd. II pracy z roku 1896). — 2) J a c o b y P.: *Études sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédite chez l'homme, Paris* 1881; wyd. II rozszerzone 1904. — G a l i p p e V.: *L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines, Paris* 1905, *préface de* H. B o u c h o t, *avec 278 figures.* — 3) N a e g e l i-A k e r b l o m: *Quelques résultats de l'examen des preuves historiques employées par les auteurs traitant de l'hérédité, 2-me ed., Genève* 1905. — T e n ż e: *Willkür und Nachlässigkeit bei der Benützung genealogischer Tabellen für den Beweis der Theorien der „Erblichen Belastung und Entartung von Fürstenfamilien", Janus* Bd. X, 3 *Lief.*, 1905. W pracach tych znajduje się całe odnośne piśmiennictwo. Poza wymienionymi wchodzą w rachubę: K e k u l é v o n S t r a d o n i t z, L o r e n z, I r e l a n d, D é j e r i n e, R i b o t i in. — 4) N a e g e l i-A k e r b l o m: *Die Geminität in ihren erblichen Beziehungen, Virchow's Archiv,* 1902, Bd. 170. — 5) G o e h l e r t: *Die Zwillinge, ein Beitrag zur Physiologie des Menschen, Virchow's Archiv,* 1879, Bd. 76. — S p e y r: *Die Geminität in ihren erblichen Beziehungen, Mitt. aus Kliniken und med. Instituten der Schweiz, Basel* 1894, Nr. II. — 6) Por. np.: *Bericht über die Tätigkeit des Instituts in den Jahren* 1929—31, *Kyklos, Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin, Leipzig* 1932, Bd. IV, str. 84. — 7) C e l l i, A n g e l o: *Die Malaria in ihrer Bedeutung für die Geschichte Roms und der römischen Campagna, hrsg. von* A n n a C e l l i F r a e n t z e l, *eingel. von* H. E. S i g e r i s t, Leipzig 1929. — 8) C a b a n è s et L. N a s s: *La névrose révolutionnaire, Paris* 1906. — 9) S z u m o w s k i W.: Historja medycyny filozoficznie ujęta, część II, Medycyna średniowieczna, Kraków 1932. — 10) F r e u d Sigm.: *Eine Teufelsneurose im 17 Jahrhundert, Intern. Psychoan. Verlag, Leipzig* 1924 — po raz pierwszy w *„Imago, Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften"*, IX. Bd., Heft 1 *(Religionpsychol. Heft).* — 11) Por. np. przypadek Krystyny P o n i a t o w s k i e j: B i l i k i e w i c z T., Jan J o n s t o n (1603—1675), żywot i działalność lekarska, Warszawa 1931, str. 174 nn. — 12) Por. B i l i k i e w i c z T.: *Die Embryologie im Zeitalter des Barock und des Rokoko, „Arbeiten des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig"*, Bd. II, *Leipzig (Georg Thieme — Verlag)* 1932. — 13) Por. B i l i k i e w i c z T.: *Die Embryologie....* j. w., str. 9 nn.; oraz T e n ż e: *Kulturgeschichtlich-philosophische Richtlinien in der Entwicklungslehre des 17. und 18. Jhts., Pisa* 1931. — 14) Tutaj zaliczyłbym kilka ostatnich poważniejszych prac, zamieszczonych w niebardzo coprawda poważnym „Aesculape", np.: T r i c o t-R o y e r: *Les os de Charles — le — Téméraire sont — ils restés à Nancy? Le duc était il prognathe?,* XXII *année,* 1932, str. 137, 161, 185 i nn.; lub: T r é n e l: *La tête en poire de Louis-Philippe et l'oxycéphalie familiale héréditaire des Bourbons-Habsbourg-Médicis,* XXII *année,* 1932, str. 178, 211, 235 i nn.

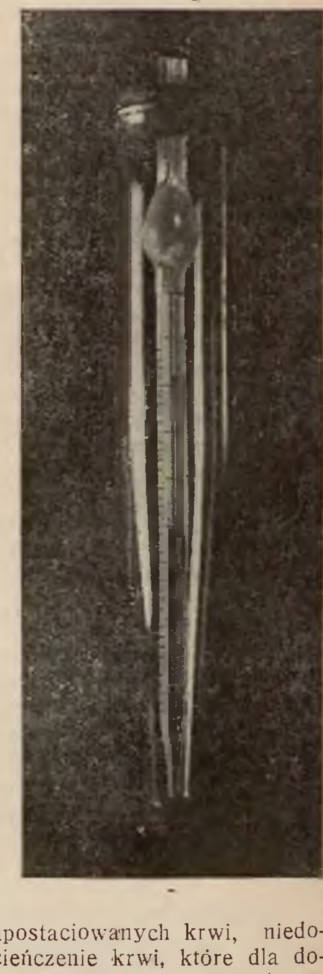
PRACE ORYGINALNE.

Dr. JABUREK Leopold, st. asystent Kliniki. Lwów.

O szybkim sposobie obliczania ilości ciałek czerwonych krwi.

Z Kliniki Neurolog. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. H. H a l b a n.

Powszechnie stosowana metoda obliczania ilości ciałek czerwonych krwi na stolikach T h o m y, N e u b a u e r a, T ü r k a lub podobnych im zabiera tak wiele czasu, że staraliśmy się wypracować inny sposób, któryby przy mniejszym wysiłku ze strony badającego dawał co najmniej równie dokładne wyniki. W staraniach naszych wyszliśmy z zasady, że ilość ciałek czerwonych w mm^3 krwi wpływa bezpośrednio na stosunek objętościowy między osoczem krwi a ciałkami czerwonemi. Znając ten stosunek (indywidualnie różny) i stałą przeciętną wielkość jednego ciałka czerwonego możemy, w myśl tej zasady, z łatwością obliczyć ich ilość, przypadającą na jeden mm^3 krwi. Oznaczenie przeciętnej wielkości ciałka czerwonego krwi nie natrafia na trudności. Wedle naszych wiadomości (W. S z y m o n o w i c z: Podręcznik histologji, 1924) posiada ciałko czerwone krwi postać tarczy lekko od obydwu stron wydrążonej, zbliżony do postaci soczewki dwuwklęsłej. Średnica tej tarczy wynosi w 75% wszystkich ciałek czerwonych 7.5 mikronów (normocyty), w pozostałych 25% ciałek wynosi ona nieco mniej lub nieco więcej i waha między 6 a 9 mikronami (mikro- i makrocyty), lecz tak, że się te obydwa typy wzajemnie równoważą. Grubość (wysokość) normocytu wynosi na jego zgrubiałym brzegu 2.5 mikronów. Przeciętna objętość jednego ciałka czerwonego krwi wynosi zatem $\pi r^2 \times$ wysokość t. j. $\pi \times 3.75\ \mu^2 \times 2.5\ \mu$ t. j. $110.43\ \mu^3$. Jeżeli odliczymy od tej wartości $10.43\ \mu^3$ na wspomniane wydrążenia i zaokrąglenia brzegów, wówczas otrzymamy równo $100\ \mu^3$ dla objętości przeciętnego ciałka czerwonego krwi. Przypadek, że liczba ta jest okrągła ułatwia dalsze obliczenia bardzo wydatnie, gdyż wynika z niej, że w krwi prawidłowej o zawartości 5 miljonów ciałek czerwonych w mm^3 (wartość przeciętna i norma dla dorosłego mężczyzny) ciałka czerwone zajmują równo połowę masy krwi. Przy zawartości 4.5 miljonów ciałek czerwonych (wartość przeciętna i norma dla dorosłej kobiety) musiałyby one tworzyć 0,45% ogólnej ilości krwi. Z tym wywodem teoretycznym zgadzają się doskonale wyniki doświadczalne, w myśl których (A. B e c k i N. C y b u l s k i: Fizjologja człowieka 1915) krew prawidłowa, zawierająca 4,5 do 5 miljonów ciałek czerwonych w mm^3 składa się z 45 do 50% z ciałek czerwonych, a z 50 do 55% z osocza. Wyniki te potwierdzają zatem w zupełności obliczenia poprzednie, że przeciętna wielkość jednego ciałka czerwonego wynosi $100\ \mu^3$.



Dla oznaczenia stosunku objętościowego między osoczem a ciałkami czerwonemi krwi posługiwaliśmy się wirownicą, podobnie jak przy używaniu hemokrytu w metodzie H e d i n a, służącej również do określenia tego stosunku. W przeciwieństwie jednak do tej metody nie używaliśmy naczynia specjalnego, lecz wirowaliśmy krew w zwyczajnym mieszalniku dla ciałek b i a ł y c h, co umożliwia stosowanie naszej metody w każdej pracowni bez zakupywania nowych przyrządów. Chcąc oznaczyć stosunek objętościowy między osoczem a ciałkami czerwonemi krwi, wciągamy krew z nakłutej opuszki palca w szyjkę mieszalnika, jak przy liczeniu ciałek białych do znaczka *1*, pozostałą zaś część mieszalnika wypełniamy aż po znaczek *11* płynem H a y e m a (używanym zwyczajnie do obliczania ciałek czerwonych krwi). Dopełnienie mieszalnika płynem H a y e m a ma na celu utrwalenie elementów upostaciowanych krwi, niedopuszczenie do krzepnięcia oraz rozcieńczenie krwi, które dla dokładności i łatwości samego odwirowania ciałek czerwonych posiada niejakie znaczenie. Ścisłe przestrzeganie znaczka *11* jest oczywiście zupełnie niepotrzebne, gdyż w metodzie naszej nie odgrywa stopień rozcieńczenia krwi żadnej roli. Przygotowany w opisany sposób mieszalnik wkładamy szyjką ku dołowi do probówki wirownicy, której denko zostało uprzednio wyścielone koreczkiem z twardej gumy i wirujemy przy 3000 obrotów na minutę przez 5 do 10 minut. Po tym czasie tworzą ciałka czerwone krwi w szyjce mieszalnika ostro odcięty słup (nie dający się więcej ubić przez dalsze wirowanie), którego wysokość określa bezpośrednio ilość ciałek czerwonych przypadających na mm^3 badanej krwi; w myśl rozważań i obliczeń poprzednich przypada bowiem na odstęp między dwiema kreskami na szyjce mieszalnika (podziałka dziesiętna) równo jeden miljon ciałek czerwonych. Ażeby umożli-

wić sobie dokładniejsze odczytywanie umieściliśmy na szyjce mieszalnika między kreskami pierwotnemi podziałkę dodatkową (dzieląc jeden odstęp pierwotny na dziesięć części) pozwalającą na dokładne oznaczenie setek tysięcy i przybliżone określanie dziesiątek tysięcy ciałek czerwonych (Rycina). Czyszczenie mieszalnika odbywa się w ten sposób, że wciąga się nieznaczną ilość amonjaku celem rozpuszczenia krwinek.

Dalsze doświadczenia z tą niezmiernie prostą aparaturą (każdy mieszalnik dla ciałek białych o odpowiedniej długości daje się do tego celu z łatwością przystosować) wykazały nietylko, że wysokość słupa tej samej krwi w tych samych warunkach jest jednakowa, ale także, że jednemu miljonowi ciałek czerwonych odpowiada dokładnie jedna dziesiąta pierwotnego słupa krwi (wogóle pierwotnej objętości krwi). Dla najdokładniejszego sprawdzenia tego zasadniczo ważnego punktu naszej metody wykonaliśmy cały szereg doświadczeń kontrolnych w ten sposób, że oznaczano ilość ciałek czerwonych równocześnie na stoliku Thomy-Zeissa i w wirownicy. Dla wykluczenia źródeł błędu powstających przez dwukrotne liczenie jednych ciałek a opuszczanie drugich pod mikroskopem wykonywaliśmy stale zdjęcia mikro-fotograficzne, przyczem pobierano z jednego mieszalnika (w jednem oznaczeniu) 4 do 6 próbek 200-krotnie rozcieńczonej krwi (tyleż zdjęć w jednem oznaczeniu!). Ilość ciałek czerwonych krwi dała się w ten sposób z wielką dokładnością oznaczyć, ponieważ wykreślano je na odbitkach podczas liczenia. Była ona tem większą, że w jednem oznaczaniu obliczano powierzchnię 480 do 720 małych kwadratów, co stanowi dokładność 6 do 9 razy większą od ogólnie przyjętej. W rezultacie ujawniły się między stolikiem a wirownicą minimalne różnicy zarówno *in plus* jak *in minus* tak, że praktycznie okazała się zupełna zgodność obydwu metod.

Opisana metoda może oddać dobre usługi wszędzie tam, gdzie nie chodzi o badanie krwi wybitnie patologicznej o zmienionej przeciętnej wielkości ciałka czerwonego, jak np. w żółtaczce hemolitycznej *(icterus haemolyticus)* (mikrocyty) lub w niedokrwistości złośliwej (makrocyty). Jeśli chodzi o te przypadki, to doświadczenia własnego z powodu braku odpowiedniego materjału nie mamy.

Za szczególne zalety naszego sposobu oznaczania ilości ciałek czerwonych uważamy łatwość, z jaką otrzymujemy wyniki oraz ich stałość z powodu wykluczenia całego szeregu źródeł błędu istniejących w metodzie liczenia na stoliku (niedokładne wymieszanie ciałek w mieszalniku, osadzanie się ciałek na stoliku i t. d.). W każdym razie możnaby uważać nasz sposób za bardzo dogodną metodę kontrolną, gdyż nie wymaga żadnego nowego instrumentarjum i ponieważ — wyniki otrzymane na stoliku są często zbyt rozbieżne mimo całej sumienności badania i poświęcenia jemu dużo czasu.

Dr. Fryderyk REDLICH. Lwów.

Przyczynek do generalizacji zarazka ospowego w ustroju ludzkim *).

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Groer.

Niedawno miałem w obserwacji przypadek, który zasługuje na uwagę nietylko ze względu na objawy kliniczne i przebieg. Chodzi o równoczesne wystąpienie dwojakiego rodzaju zakażenia u 13-miesięcznego dziecka, o szczepienie ochronne przeciw ospie i posocznicę paciorkowcową, która ukazała się w przebiegu reakcji poszczepiennej w następstwie ropnego zapalenia gardła. Przypadek ten wykazuje wzajemny wpływ obu zakażeń na siebie, stanowi on ponadto przyczynek do wyjaśnienia patogenezy pewnych powikłań w przebiegu odczynu po szczepieniu ochronnem przeciw ospie.

W przypadku tym chodzi, jak już wspomniano o 13-miesięczne dziecko, które zaszczepiłem przeciw ospie szczepionką Państwowego Zakładu Higjeny. W pierwszych 10 dniach nie wystąpiły żadne szczególne objawy, miejscowy odczyn był prawidłowy przy miernej podwyżce ciepłoty. W 10 dniu ukazała się nagle gorączka ponad 40^0, wystąpiły kilkakrotnie toniczno-kloniczne drgawki przy ciężkim stanie ogólnym i przejściowej utracie przytomności. W dniu następnym stwierdziłem u dziecka ropne zapalenie gardła. Okazało się tymczasem, że matka dziecka chorowała równocześnie na zapalenie gardła z wysoką gorączką i objawami ogólnemi, stanowiła ona więc źródło zakażenia dla dziecka. Po dalszych dwu dniach wystąpił u dziecka obrzęk prawego stawu skokowego i nadgarstkowego, poza tem ukazały się pojedyńcze typowe krosty ospowe na tułowiu i kończynach. W dalszym przebiegu spostrzegaliśmy obrzęk innych stawów i wysiew krost ospowych drogą krwionośną przy ciężkim stanie ogólnym i wysokiej gorączce. Wykonano punkcję stawu skokowego i wydobyto ropę, badanie bakterjologiczne ropy wykazało obecność paciorkowców hemolitycznych. Płyn z pęcherzyków ospowych na skórze przeszczepiłem na rogówkę 4 morskich świnek, u 2 zwierząt wystąpiło typowe specyficzne zapalenie rogówek. Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem.

Przypadek powyżej opisany zasługuje na bliższe rozważenie z wielu względów. Z powodu szczepienia ochronnego przeciw ospie siły obronne ustroju zostały tak dalece zajęte, że wskutek zapalenia gardła, któreby w innych warunkach przebiegało prawdopodobnie bez powikłań, wystąpiła posocznica. Wpływ szczepienia ochronnego na siły obronne ustroju stwierdził Pette w doświadczeniach na zwierzętach. Króliki, u których pałeczka posocznicy *(bact. bipolare)* bytowała jako saprofit, zapadały po szczepieniu przeciw ospie na posocznicę wywołaną przez ten drobnoustrój i ginęły. Eckstein podnosi wprawdzie w swojej monografji, że na podstawie doświadczeń na zwierzętach nie można wyciągać daleko idących wniosków, tyczących się stosunków panujących w ustroju ludzkim. Nie możemy się jednak oprzeć wrażeniu, że w naszym przypadku szczepienie przeciw ospie wywołało decydujący wpływ na dalszy przebieg zakażenia paciorkowcowego. Nasuwa się przytem przypuszczenie że przynajmniej w pewnej ilości t. zw. powikłań poszczepiennych szczepienie ochronne jako takie z następową anergją ustroju odgrywa dużą rolę. Utajone czynniki szkodliwe mogą w ten sposób zostać uczynnione, a nieszkodliwe zresztą drobnoustroje mogą się stać chorobotwórczemi.

Drugim ważnym problemem jest sprawa generalizacji zarazka ospowego pod wpływem równocześnie działającego zakażenia ogólnego. Na zjeździe dyrektorów niemieckich zakładów produkujących szczepionkę ospową w Dreźnie w roku 1930 wyraził się Gildemeister w następujący sposób:

„W mojej ostatniej pracy doszedłem do wniosku na podstawie własnych badań — a wniosek ten i dzisiaj jeszcze podtrzymuję — że wykazanie zarazka ospowego we krwi dziecka po raz pierwszy zaszczepionego przeciw ospie po 10-tym dniu od chwili zaszczepienia a w płynie mózgowo-rdzeniowym samo przez się należy uważać za objaw nieprawidłowy, który wskazuje na odchylenie od prawidłowego przebiegu reakcji poszczepiennej. Wyraziłem się świadomie ogólnikowo, ponieważ przypuszczam, że nietylko mózgowe powikłania albo wskutek szczepienia bezpośrednio występujące zaburzenia w stanie zdrowia osobnika szczepionego mogą wywołać odmienne zachowanie się zarazka ospowego w ustroju. Należy przeto przeprowadzać badania mające na celu wykazanie zarazka ospowego nietylko w przypadkach powikłań mózgowych, zanim będziemy w stanie należycie ocenić rolę tej od normy odbiegającej obecności zarazka ospowego w ogólności, a w szczególności odnośnie do *encephalitis post vaccinationem*".

Nasze spostrzeżenie stanowi zdaniem naszem ważny przyczynek do wyjaśnienia tego zagadnienia. W przypadku naszym nastąpił wysiew krost ospowych drogą krwionośną pod koniec drugiego tygodnia po szczepieniu. Fakt ten dowodzi, że z powodu posocznicy paciorkowcowej zarazek ospowy został wydzielony z ustroju z pewnem opóźnieniem i że krążył on dłużej w krwiobiegu aniżeli to zazwyczaj bywa przy prawidłowym przebiegu reakcji poszczepiennej. Wynika więc z tego, że obecność zarazka ospowego we krwi przy pewnych powikłaniach występujących po szczepieniu, o ile nastąpi ono nawet w późniejszym okresie, nie przemawia za znaczeniem etjologicznem tego zarazka dla danego powikłania. Także i obecność zarazka ospowego w płynie mózgowo-rdzeniowym przy objawach mózgowych występujących po szczepieniu ochronnem niekoniecznie przemawia za tem, że objawy te zostały wywołane przez zarazek ospowy. Dowodzi tego opisany przez Ginsa przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w którym cztery tygodnie po szczepieniu przeciwospowem wykazano zarazek ospowy na migdałkach, we krwi i płynie mózgowordzeniowym. Według Ginsa zarazek ospowy nie znikł z krwiobiegu w prawidłowym czasie z powodu równocześnie istniejącego zakażenia gruźliczego.

Wnioski:

1) Szczepienie ochronne przeciw ospie może zmienić stan wrażliwości i oddziaływania ustroju, przyczem może przyjść do uczynnienia względnie wzmożenia jadowitości drobnoustrojów. W pewnych okolicznościach można myśleć o paralergji w znaczeniu Moro-Kellera.

2) Z powodu równocześnie istniejącego zakażenia ogólnego występującego w przebiegu reakcji poszczepiennej może przyjść do przedłużonej generalizacji zarazka ospowego i do opóźnienia wydzielania zarazka z obiegu krwi.

---

*) Według referatu wygłoszonego na Zjeździe niemieckich pedjatrów w Dreźnie we wrześniu 1931 roku.

3) Na podstawie wykazania zarazka ospowego we krwi względnie płynie mózgowo-rdzeniowym nawet w dość długi czas po szczepieniu nie można wyciągać wniosków odnośnie do etjologji powikłań poszczepiennych. Dowodzą tego przedewszystkiem przypadki opisane ostatnio przez Ginsa.

4) Spostrzeżenia te wykazują, że należy być ostrożnym w ocenie etjologji powikłań poszczepiennych.

O ciałach czynnych przy krzepnieniu krwi.

J. HELLER. Lwów.

Uwagi na marginesie pracy Dr. H. Scheuringa: „Wpływ składników komórkowych, zwlaszcza ciałek czerwonych na krzepliwość krwi“.

Przy czytaniu pracy dr. Scheuringa, która wzbogaca naukę o krzepnieniu o nową koncepcję: regulację poziomu trombokinazy w krwi przez ciałka czerwone — nasunęły mi się poniższe uwagi:

Jeśli idzie o trombokinazę, o której autor przypuszcza, że jest prawdopodobnie identyczną z ostro działającym jadem rozcierów tkankowych, to trudno się zgodzić ze zdaniem, że „budowa chemiczna trombokinazy jest mało, względnie nawet zupełnie niewyświetlona“.

Praca Gratii, ucznia Bordeta i Levena (5) czołowego specjalisty w dziedzinie chemji lipoidów wykazała, że działanie trombokinazy (cytozymu) w krzepnieniu krwi jest identyczne z działaniem kefaliny, co zresztą przypuszczał już w r. 1912 Howell (6). W doświadczeniach Gratii i Levena można wywołać krzepnienie układu: „serozym plus fibrynogen“ *), (który nie krzepnie samorzutnie lub po dodaniu płynów kontrolnych w ciągu 24 godzin) przez dodanie drobnych ilości kefaliny a mianowicie: w ciągu jednej minuty po zastosowaniu 1 kr. roztworu 1%, i 0,1%, w ciągu 3 minut po 1 kropli 0,01%, zaś w ciągu 25 min. po dodaniu 1 kropli roztworu 0,001%. Tak blisko spokrewniona z kefaliną lecytyna nie działa nawet w stężeniu 1%, o ile uwolnić ją od domieszek kefaliny. Siła działania kefaliny wystąpi wyraźniej, gdy wyliczymy, że 1 kropla roztworu 0,001% zawiera nie więcej niż 1/20.000 mg kefaliny. Poza tem stwierdzili autorowie przyśpieszający wpływ kefaliny na krzepnienie szczawianowego osocza po dodaniu wapnia. Dodatek 1 kropli roztworu 1% skraca ten czas pięciokrotnie.

Również w dziedzinie ciał hamujących sprawa przynajmniej jednego czynnika wyszła już poza stadjum hipotez i spraw spornych, a mianowicie sprawa heparyny. Badania Howella i jego szkoły wykazały ścisły związek antagonistyczny między heparyną a trombokinazą tak, że w bardzo licznych wypadkach, w których ze zmian w skrzepnieniu wnioskujemy o zmianach w zawartości trombokinazy, można zaszłe zmiany tłumaczyć zmianami w zawartości heparyny. Nie można też dzisiaj uważać heparyny za ciało hipotetyczne: Ostatnie preparaty Howella (7) okazały się związkiem kwasu glukuronowego o budowie glukozydowej, wolnym od azotu i fosforu, zawierającym kwas siarkowy. 1 mg tego preparatu wstrzymuje krzepnienie 50 cm³ krwi *in vitro*. Barratt (1) podał metodę ilościowego oznaczania heparyny w 5 cm³ krwi, stosowaną przez Fuchsa (3), Falkenhausena (2) oraz ze zmianami przez Evansa i Howella (9). Poziom heparyny w krwi jest regulowany, jak to stwierdzili Howell i Mc. Donald (8), którzy wykazali wydzielanie nadmiaru heparyny przez nerki u psa. Bardzo ciekawe są doświadczenia A. Fischera (4) nad wiązaniem heparyny w białkach surowicy, co możnaby uważać w świetle pracy dra Sch. za pewnego rodzaju odpowiednik wiązania kefaliny przez krwinki.

Powyższe uwagi podaję z myślą o wywołaniu dyskusji na temat ciekawych zagadnień, poruszonych w pracy dra Scheuringa.

Piśmiennictwo:

1) Barratt: Biochem. J. 23. 422. 1929. — 2) Falkenhausen: Klin. Wochenschr. 1930, maj. — 3) Fuchs H. J.: Biochem. Z. 222. 470. 1930. — 4) Fischer A.: Biochem. Z. 240. 364. 1931 i C. R. Soc. Biol. 108. 882. 1931. — 5) A. Gratia and P. L. Levene: J. Biol. Chem. 50. 455. 1921. — 6) Howell: wedle ref. w Bull. Inst. Past. 11. 736. 1913. — 7) Howell: Skandinav. Arch. 49. 1926. — 8) Howell W. H. and C. H. Mc. Donald: Bull. J. Hopkins Hosp. 46. 365. 1930. — 9) Howell and Evans P. S. jr.: Am. J. of Physiol. 98. 131. 1931.

*) Terminologja i metodyka szkoły Bordeta.

H. SCHEURING. Lwów.

Odpowiedź na „Uwagi“ Dra Hellera.

Odpowiedzi swojej na wątpliwości podniesione przez Dra J. Hellera nie mogę oprzeć na swoich badaniach i obserwacjach, ponieważ zagadnienie budowy chemicznej trombokinazy, było poruszone w mojej pracy, ze względu na jej inny kierunek, tylko nawiasowo. Przekonanie więc moje o mało, względnie zupełnie niewyświetlonej budowie chemicznej trombokinazy oparłem na opinjach innych autorów, którzy nad tem zagadnieniem specjalnie pracowali. I tak:

Mills, Raap i Jackson (1) oraz Mills i Guest (2) znajdują, że substancja przyśpieszająca krzepnienie, uzyskana z płuc, ma charakter fosfatydu białkowego o typie rozpuszczalności globulinów.

Wadsworth, Maltaner i Maltaner (3) uzyskują z lecytyny, która sama nie ma wpływu na krzepnienie, przez pewną przeróbkę chemiczną (ostrożna hydroliza przez zasady i wytracenie przez chlorek wapnia przy zasadowem oddziaływaniu) ciało, które wpływa przyśpieszająco na krzepliwość.

Fischer (4), uzyskuje przez zwykłą ekstrakcję tkanki mięsnej wodą destylowaną, ciało przyśpieszające krzepnienie.

Zunz (5) stwierdził, że dodatek do cytozymu odpowiedniego kwasu aminowego, albumozy lub peptydu, wzmaga wyraźnie działanie cytozymu, przyczem nadmiar tych związków opóźnia krzepnienie.

Gratia i Levene (6) w tej samej pracy, na której opiera Dr. Heller swoje twierdzenie o identyczności kefaliny z trombokinazą, wykazuje silniejsze działanie kefaliny od cytozymu, brak działania czystej lecytyny, ale także najsilniejsze działanie mieszaniny kefaliny z lecytyną.

Wkońcu wspomnę o cytozymie Bordeta, który jest rozpuszczalny w alkoholu, w przeciwieństwie do kefaliny której cechą odróżniającą ją od innych fosforo-lipin jest nierozpuszczalność w alkoholu (Parnas (7).

Mamy więc tutaj szereg ciał o rozmaitym charakterze chemicznym, które posiadają wszystkie wspólną cechę, że przyśpieszają krzepnienie krwi, we większym lub mniejszym stopniu.

Sądzę więc, że miałem dostateczne uzasadnienie przychylić się do zdania Morawitza (8), który powiada dosłownie: „moje zdanie o tej obecnie wiele omawianej kwestji jest, że dotąd nie dostarczono przekonywującego dowodu na lipoidową naturę trombokinazy. Bezwątpienia mogą zawierające fosfor lipoidy działać przyśpieszająco na krzepnienie, ale to czyni także wiele innych substancyj“, oraz Oppenheimera (9), który powiada:„ jest mianowicie zupełnie wątpliwe, czy tu wogóle można jednolitą grupę ciał czynić odpowiedzialną...

Jeżeli więc naprzykład, jak dzisiaj wielokrotnie się przyjmuje, lipoidy a specjalnie kefalina działają jako kinaza, to przeciwstawia się temu fakt, że trombina może nie zawierać fosforu....

W rzeczywistości określenia kinazy są tak rozmaite, że jest się zmuszonym przyjąć większą ilość ciał, działających jako kinazy“. W czasie swoich badań zauważyłem, że trombokinaza uzyskana z mózgu, działa słabiej niż uzyskana w identyczny sposób z płuc tego samego zwierzęcia, mimo że mózg zawiera najwięcej kefaliny i dlatego jest surowcem, z którego ją się wydobywa. To samo stwierdził Tsuneo-Sakamoto (10). Widzimy więc, że działanie przyśpieszające krzepliwość krwi rozcierów narządów nie stoi w wprostproporcjonalnym stosunku do zawartości w nich kefaliny. Przyczyną tego może być albo to, że istnieje ciało którego jeszcze dokładnie nie znamy, a które działa silniej jak kefalina, albo też, że domieszka ciał innych, nawet takich, które same nie wpływają na przebieg krzepnienia, moduluje w jednym lub drugim kierunku działalność kefaliny i innych ciał przyśpieszających krzepnienie, jak to wykazali Gratia i Lewene dla kefaliny oraz Zunz dla cytozymu.

Sądzę więc, że musimy ściśle odróżnić kefalinę, jako pojęcie chemiczne, od trombokinazy, jako pojęcia biologicznego, którego główną cechą jest zdolność przyśpieszania krzepnienia krwi, a które obejmuje kefalinę i wszystkie inne chemiczne jeszcze nie zdefinjowane ciała i grupy ciał posiadające tę cechę. W tem ujęciu zdaje mi się, że dostatecznie uzasadnionem jest twierdzenie, że budowa chemiczna trombokinazy jest mało względnie nawet zupełnie niewyświetlona.

Podobnie a może nawet mniej jasno przedstawia się sprawa heparyny. Znamy dokładnie jej budowę chemiczną, ale nie wszyscy potrafią ją uzyskać w stanie czystym, mimo że jej odkrywca Howell bynajmniej nie ukrywa recepty na jej uzyskanie i oczyszczenie. To też wszyscy, nawet Niemcy, przeprowadzają swoje badania z heparyną amerykańską. Już ten fakt nasuwa pewną nieufność

w stosunku do tego preparatu. Tak samo niepewnym jest sposób działania heparyny. Howell uważał ją początkowo za antytrombinę, a przypuszczał, że substancje tromboplastyczne (rozpuszczalne w alkoholu fosfatydy jak cytozym, a szczególnie kefalina) przyśpieszają w ten sposób krzepnienie, że znoszą hamujące działanie heparyny. Później zmienił ten swój pogląd i obecnie przyjmuje, że działa ona jako proantytrombina, t. j. hamuje powstanie trombiny z protrombiny w obecności jonów wapnia. Fuchs (11) przypisuje heparynie działanie w małej ilości przeciw trombokinazie, w dużej ilości (u hemofilików i psów peptonizowanych) przeciwne trombinie, a wkońcu także przeciwne protrombinie, którą w osoczu krwi maskuje. To ostatnie działanie znosi CO_2, oraz t. zw. przez niego cytozymfosfatydy, przyczem zaznacza, że kefalina działa w tym kierunku najsilniej, co jednak nie oznacza, że jedynie. Mimo więc znanej budowy chemicznej nie możemy jeszcze identyfikować heparyny z antytrombiną, która jest analogicznie do trombokinazy, pojęciem biologicznem, pod które prawdopodobnie też podpada więcej ciał o rozmaitej strukturze chemicznej, posiadających wspólną cechę hamowania krzepnienia krwi, przez przeciwdziałanie w ten lub inny sposób trombinie.

Piśmiennictwo.

1) Mills, Raap i Jackson: Jl. of labor, and clin. med. T. 6, str. 374, (1921) cyt. wedł. Morawitza. — 2) Mills i Guest: Amer. Jl. Phys. T. 57, str. 395, (1921) cyt. wedł. Morawitza. — 3) Wadsworth, Maltaner i Maltaner: Amer. Jl. Phys. T. 91. str. 423. (1930). ref. Ber. d. ges. Phys. u. exper. Pharm. T. 55. — 4) Fischer: Biochem. Z. T. 240, str. 357, (1931). — 5) Zunz: Arch. Int. Phys. T. 14, (1914). — 6) Gratia i Lewene: Jour. Biol. Chem. T. 50, str. 455, (1921). — 7) Parnas: Chemja fizjologiczna. Część I (1922). — 8) Morawitz: Blutgerinnung. Hb. d. Bioch. II. Aufl. (1923). — 9) Oppenheimer: Die Fermente und ihre Wirkungen. Lipsk (1925). — 10) Tsuneo Sakamoto: Zt. f. Immun. T. 32. str. 1, (1920). — 11) Fuchs: Klin. Wchschrft. Nr. 6, str. 243, (1930).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT. Kraków.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

W dniu 18 maja 1927 r. zawiadomiła niejaka M. F. Prokuraturę w Krakowie, że jej córka Zofja, zamężna za Maciejem Paluchem, gospodarzem w Dłubni pod Krakowem, mieszkająca w tym czasie na podstawie tymczasowego zarządzenia sądowego skutkiem wdrożonego procesu separacyjnego razem z dziećmi osobno w Krakowie, zaginęła w dniu 1 maja 1927 r., t. j. od chwili, gdy udała się z Krakowa na życzenie swego męża do jego domu w Dłubni dla odebrania należnych jej od męża z tytułu alimentów pieniędzy.

Zarządzone na skutek tego doniesienia śledztwo wykazało co następuje:

Zofja i Maciej Paluchowie zawarli związek małżeński w roku 1921 i zamieszkali w Dłubni, gospodarując na 6 morgach pola, stanowiących własność Zofji Paluchowej. Już w kilka miesięcy po ślubie stawało się pożycie małżonków coraz gorsze z powodu gwałtownego charakteru męża, który nie pracował, zaś żonę przezywał, bił i t. p. Z. P. chcąc męża udobruchać zapisała mu na jego nalegania 1/4 część swej posiadłości, uzyskawszy od niego obietnicę poprawy. Mimo to mąż nie zmienił swego postępowania, maltretował dalej swą żonę i jej rodzinę, a z pieniędzy uzyskanych ze sprzedaży ziemiopłodów żył sam dostatnio, nie dając żonie ani utrzymania, ani pieniędzy tak, że ta niejednokrotnie głodowała i musiała przyjmować środki żywności od krewnych, a nawet od obcych. Nie znalazłszy wkońcu innego sposobu uwolnienia się od męża, wniosła w roku 1926 do tutejszego Sądu skargę o separację od łoża i stołu, a równocześnie skargę o odwołanie darowizny z powodu niewdzięczności męża. Sąd podzielając zapatrywania i obawy Z. P., że ze strony jej męża grozi jej niebezpieczeństwo, zezwolił jej tymczasowo na zamieszkanie z dzieckiem osobno oraz przyznał jej odpowiednie alimenta. Wskutek tego Z. P. odeszła wraz z dzieckiem od męża i zamieszkała od lipca 1926 r. w Krakowie.

M. P. przychodził w tym czasie często do żony i prosił, by wróciła do domu, obiecując poprawę. Z. P. nie chciała się z początku na to zgodzić, znając już dobrze swego męża, aż wreszcie na usilne jego nalegania i obietnice poprawy, po urodzeniu w szpitalu w Krakowie drugiego dziecka we wrześniu 1926 r. wróciła do męża. Zaraz jednak tej samej nocy podczas stosunku cielesnego M. P. znęcał się nad nią, a gdy próbowała mu się opierać pobił ją i groził nożem, wobec czego zaraz na drugi dzień zabrała dzieci i wróciła do swego mieszkania w Krakowie. M. P. przychodził w dalszym ciągu do niej i próbował ją skłonić do powrotu, wygrażając jej wielokrotnie śmiercią w razie, gdyby jego żądaniu odmówiła. Z. P. pozostała już jednak głuchą na jego prośby i groźby. Ponieważ jednak z jej gospodarstwa należały się jej płody polne, a nadto pieniądze z tytułu alimentów, przeto często przychodziła po nie do Dłubni, zawsze jednak z obawy przed mężem w towarzystwie drugiej osoby oraz zawsze tego samego dnia wracała bezzwłocznie do Krakowa, do dzieci.

Ponieważ M. P. z wiosną 1927 r. zaprzestał składać żonie należne jej alimenta w Urzędzie Gminnym w Dłubni, Z. P. spotkawszy z początkiem maja 1927 r. swego męża w Krakowie upominała się o alimenta, na co ten jej oświadczył, że narazie pieniędzy nie posiada, ale ponieważ ma je wkrótce otrzymać za sprzedany grunt, polecił jej przybyć dnia 15 maja 1927 r., w dzień jej imienin, do niego do Dłubni, gdzie jej pieniądze wypłaci.

Stosownie do umowy z mężem udała się Z. P. dnia 15 maja z Krakowa do Dłubni i przybyła tam koło godziny 2-giej popołudniu, przyczem ostatnio widziała ją sąsiadka w chwili, gdy M. P., wziąwszy żonę pod ramiona, wprowadził ją z ogrodu do domu. Była to ostatnia chwila, w której widziano Z. P. Od tej chwili Z. P. znikła i nikt jej więcej nie widział.

Gdy do 17 maja rano Z. P. nie powróciła do Krakowa, gospodyni, u której mieszkała, zaniepokojona dłuższą jej nieobecnością (co przedtem nigdy się nie zdarzało, gdyż Z. P. zawsze tego samego dnia wracała do Krakowa), udała się do Urzędu Gminnego w Dłubni i tam doniosła, że Z. P., która 15 maja wyszła z Krakowa do Dłubni, dotychczas do domu nie wróciła. Potem takie samo doniesienie złożyła ona w Komisarjacie Policji w Krakowie w dniu 18 maja. Wobec tych oświadczeń mieszkańcy Dłubni zaczęli się bliżej interesować zniknięciem Z. P. i wieść ta doszła do jej matki M. F., która będąc przekonaną, że to M. P. zamordował swą żonę, wniosła przeciw niemu — jak na początku wspomniano — doniesienie do Prokuratury w Krakowie.

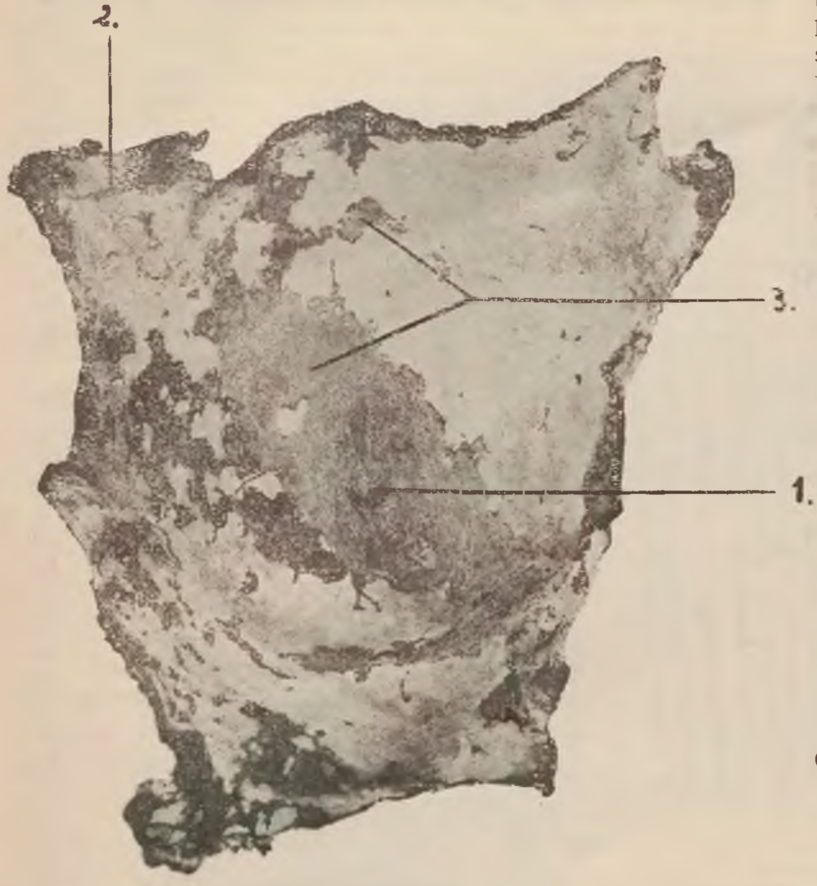
Prowadzący na polecenie tutejszej Prokuratury śledztwo funkcjonarjusze policyjni stwierdzili, że Z. P. wogóle w dniu 15 maja z domu swego męża więcej nie wyszła. Dzień ten bowiem był dniem niedzielnym i pogodnym, to też zarówno najbliżsi, jak i dalsi sąsiedzi Paluchów siedzieli przed domami i w przydrożnych rowach do późnej godziny w nocy i żaden ze sąsiadów, ani wogóle nikt z mieszkańców Dłubni nie widział już więcej Z. P., a ponieważ dom Paluchów znajdował się tuż przy drodze publicznej, którą ona wracać musiała, zaś dom najbliższych sąsiadów stał zaledwie w odległości 25 kroków od domu Paluchów, było prawie wykluczonem, aby nie zauważono jej wyjścia z domu. To też z początku tłumaczyli sobie mieszkańcy Dłubni fakt pozostania Z. P. w domu tem, że małżonkowie się przeprosili i dlatego nie zajęli się bliżej tym faktem.

Przedsięwzięte w dniu 20 maja przez funkcjonarjuszów policyjnych bliższe oględziny domu M. P. wykazały cały szereg plam krwawych, a w szczególności na komodzie, na desce leżącej w izbie mieszkalnej, dalej na drzwiach izby i na drzwiach w sieni. Nadto znaleziono w skrzyni świeżo wypraną i jeszcze mokrą koszulę M. P., zaś w izbie wiszące na sznurze świeżo wyprane jego spodnie. Wreszcie znaleziono obok pieca siekierę, której stylisko było dokładnie wymyte, zaś sama siekiera była około obucha skutkiem moczenia jej w wodzie zardzewiała; w przeciwieństwie do tej druga, znajdująca się w izbie, siekiera była zabrudzona i zaprószona. Ponieważ ślady krwawe znajdowały się w źle oświetlonych miejscach izby, udało się je wykazać i wykryć dopiero po dokładnem oświetleniu latarką elektryczną całej izby.

Następnie śledztwo wstępne ustaliło na podstawie zeznań sąsiadów M. P., iż tenże w dniu 16 maja, a więc zaraz na drugi dzień po zniknięciu swej żony, mył skrzynię, prał spodnie i koszulę oraz wysprzątał izbę, czego przedtem nigdy nie robił, a nawet był znany ze swego niechlujstwa do tego stopnia, że trzymał w izbie kozy, a sam spał na strychu, dalej, że owo mycie skrzyni i pranie odzieży powtórzył jeszcze raz dnia następnego, zaś w dniu tym w rozmowie ze swym szwagrem wcale się nie pytał o żonę, choć przedtem zawsze poruszał ten temat rozmowy.

Te fakty, ustalone w dochodzeniach policyjnych, a nadto fakt, zeznany przez sąsiadkę, że M. P. w dniu 17 maja o godzinie 3-ciej rano wracał do domu próżnym wozem od strony rzeki Dłubni i że ze względu na wczesną porę nie mógł wracać z roboty, skłoniły funkcjonarjuszów policyjnych do przeszukania odległej od domu M. P. o jakich 800 kroków rzeki Dłubni za zwłokami zaginionej Paluchowej.

Już w pierwszym dniu szukania za niemi wyłowiono w dniu 22 maja w południe kawałek powłok skórnych klatki piersiowej w kształcie trapezu (ryc. 1), który — podobnie jak i dalsze wyłowione części zwłok — poddałem badaniu w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie. Jedną powierzchnię tego ka-

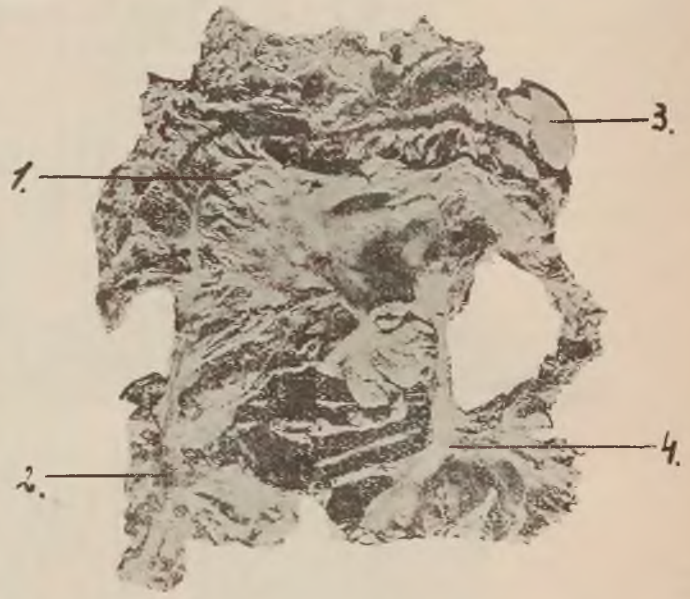


Ryc. 1.
Sutek kobiecy. 1. Brodawka sutkowa. 2. Powierzchowne cięcie skórne. 3. Resztki utrzymanego naskórka.

wałka stanowiła tkanka tłuszczowa, wśród której była widoczna przerwa ciągłości dokonana narzędziem ostrem, 10 cm długa, sięgająca aż pod przeciwną powierzchnię. Tę przeciwną powierzchnię owego kawałka stanowiła skóra, pozbawiona przeważnie naskórka, który zmacerowany oddzielał się z łatwością od miazdry skórnej. Mniej więcej w samym jego środku widoczna była dobrze zachowana brodawka sutkowa, $1^1/_2$ cm wysoka, 1 cm średnicy licząca, otoczona ciemno-brunatną obwódką, szeroką na 4 cm w średnicy. W tem miejscu i w najbliższem otoczeniu naskórek był dobrze utrzymany i oddzielał się tylko z trudnością od miazdry skórnej. Nigdzie nie stwierdzało się włosów, a z brodawki sutkowej nie dawała się wycisnąć żadna treść. Brzegi badanego kawałka powłok skórnych wszędzie równe, gładkie, okazywały na podstawie trapezu kilka cięć skórnych. Nigdzie jednak nie stwierdzono podbiegnięć krwawych lub innych znamion przyżyciowych. Naciąwszy najgrubsze miejsce zauważono wśród tkanki tłuszczowej jakby utkanie gruczołowe, a badanie histologiczne stwierdziło utkanie, charakterystyczne dla gruczołu mlecznego. Badanie serologiczne przy użyciu swoistej precypityny ludzkiej wypadło z wynikiem dodatnim.

Następnego dnia znaleziono konwolut wnętrzności brzusznych, nieco gnijących, które po właściwem ich ułożeniu okazały się jako: śledziona o wymiarach 10 × 7 × 2 cm, nigdzie nieuszkodzona; dalej przecięty gładko w części wpustowej żołądek o błonie śluzowej bladej, bez wybroczyn, nadżerek lub owrzodzeń, zawierający kawałek ziemniaka strawionego; dalej sieć, część dwunastnicy i część (60 cm) jelita czczego wraz z krezką, wypełnionego skąpą, biało-szarawą miazgą; wreszcie końcowy odcinek (14 cm) jelita biodrowego i całe prawie jelito grube z wyjątkiem odbytnicy, zawierające skąpy, półpłynny, brunatno-żółty kał, bez jakichkolwiek charakterystycznych części składowych (ryc. 2). Sieć, krezka i przyczepili sieciowe obfitowały w tkankę tłuszczową. W dość długiej krezce esicy znajdowała się rana osełkowata 2 cm długa, na $1^1/_2$ cm rozwarta, posiadająca brzegi — podobnie jak i brzegi wszystkich przerw — równe, gładkie, bez jakichkolwiek podbiegnięć krwawych lub innych zmian przyżyciowych. Stan gnicia trzewiów przy uwzględnieniu pory roku i środowiska, w jakiem się one znajdowały, przemawiał, iż od śmierci mógł upłynąć maksymalnie okres czasu do 10 dni trwający.

Trzeciego dnia znaleziono przy drodze, wiodącej obok rzeki, przywalone ziemią 8 kawałków nieco gnijących wnętrzności, które już na pierwszy rzut oka okazały się pociętemi kawałkami płuc (ryc. 3). Powierzchnie przekrojów były gładkie, a nadto niektóre kawałki płuc okazywały kanały kłute, osełkowate, grubości gęsiego pióra. Miąższ płuc we wszystkich kawałkach blady, suchy, wszędzie powietrzny, prawidłowej konsystencji i elastyczności,



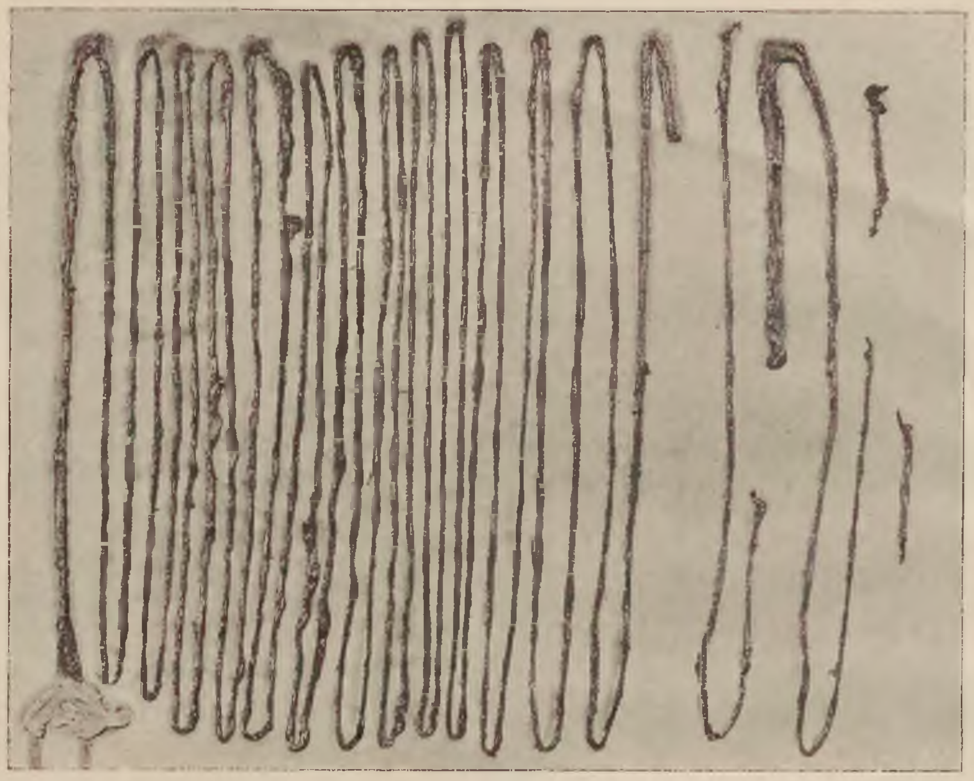
Ryc. 2.
Część trzewiów brzusznych. 1. Zgięcie wątrobowe jelita grubego. 2. Jelito ślepe. 3. Śledziona. 4. Esica.



Ryc. 3.
Kawałki płuc. 1. Rany kłute płuc.

nie okazywał żadnych zmian chorobowych, ani też podbiegnięć krwawych. Pod mikroskopem stwierdziłem we wszystkich skrawkach wszystkich kawałków obecność zatorów tłuszczowych i to w 3/4 skrawków były one widoczne w każdem polu widzenia każdego skrawka, zaś w 1/4 skrawków raz na kilka pól widzenia. Stan gnicia odpowiadał okresowi 10—14 dni od chwili śmierci.

W dniu 30 maja wyłowiono z rzeki 5 kawałków jelita cienkiego różnej długości (16, 19, 84, 136, 1675 cm), częściowo gnijącego, odciętego od krezki (ryc. 4). Były one prawie puste, a resztki treści, powlekającej ich błonę śluzową, posiadały zabarwienie ciemno-zielone i konsystencję marmelady. Z uwagi na nadmierną długość jelita i jego zawartość, tudzież cechy morfologiczne, można było wykluczyć, iżby to były jelita ludzkie, a przeprowadzone przeze mnie badanie serologiczne przy użyciu precypityny ludzkiej, świńskiej i bydlęcej dowiodły, iż były to kawałki jelita cienkiego bydlęcego.

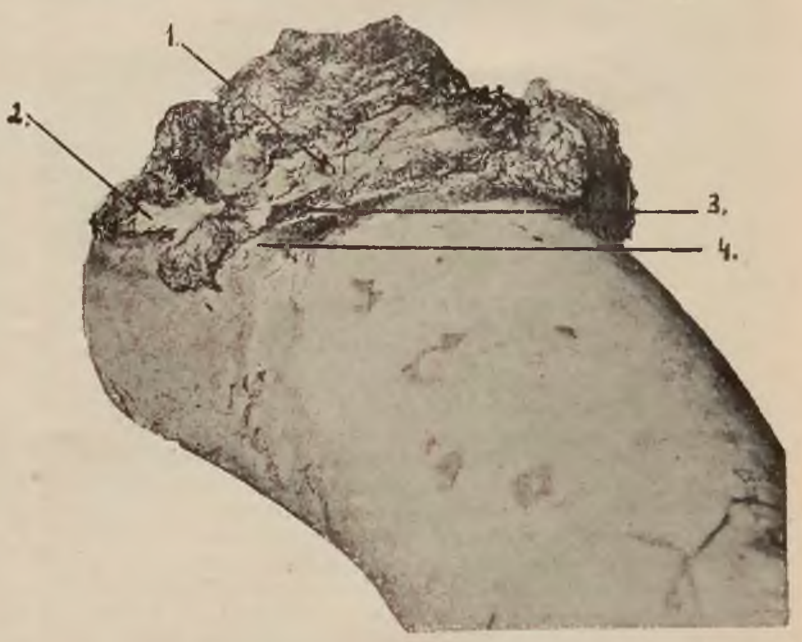


Ryc. 4.
Kawałki jelita bydlęcego.

W dniu 31 maja wyłowiono z rzeki lewe udo z lewym pośladkiem i częścią narządów moczopłciowych (ryc. 5 i ryc. 6) w stanie rozkładu gnilnego, odpowiadającego przy uwzględnieniu pory roku i innych warunków zewnętrznych okresowi dwóch tygodni od chwili śmierci. W szczególności skóra zarówno na pośladku, jak i na udzie była prawie w zupełności pozbawiona naskórka, który tylko w postaci bardzo nielicznych i małych wysepek pokrywał obnażoną miazdrę skórną. Górna powierzchnia przecięcia biegła tuż obok spojenia łonowego nieco nawewnątrz od fałdu pachwinowego lewego, dalej ponad grzebieniem kości biodrowej lewej i mniej więcej przez środek kości krzyżowej i wkońcu przez fałd międzypośladkowy. Od tej głównej powierzchni górnego przecięcia biegła z przodu, poprzecznie do osi długiej uda, ku krętarzowi wielkiemu głęboka rana na przestrzeni 5 cm. We fałdzie między udem a spojeniem łonowem stwierdzało się wyraźnie dobrze utrzymaną wargę sromną większą, silnie owłosioną, a owłosienie to przechodziło ku górze w częściowo za-



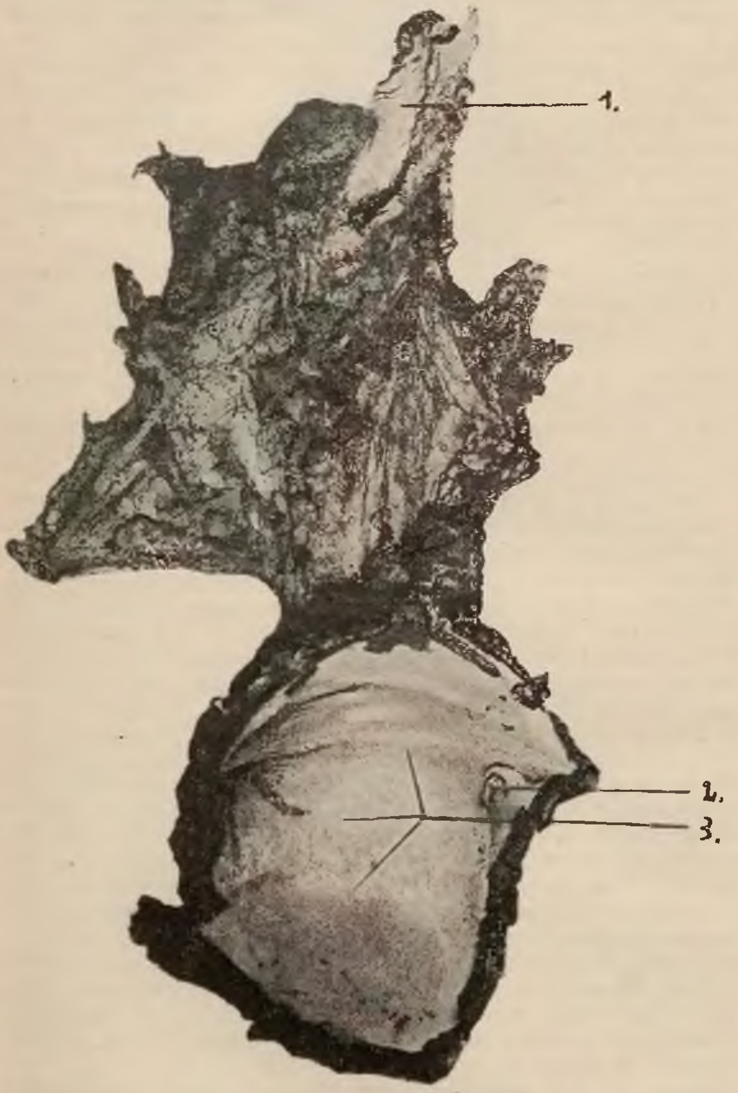
Ryc. 5.
Pośladek i udo lewe od strony zewnętrznej. 1. Odcięty kawałek kłykcia zewnętrznego kości udowej lewej.



Ryc. 6.
Pośladek i udo lewe od strony wewnętrznej. 1. Ujście zewnętrzne cewki moczowej. 2. Błona śluzowa kiszki stolcowej. 3. Warga sromowa mniejsza. 4. Warga sromowa większa.

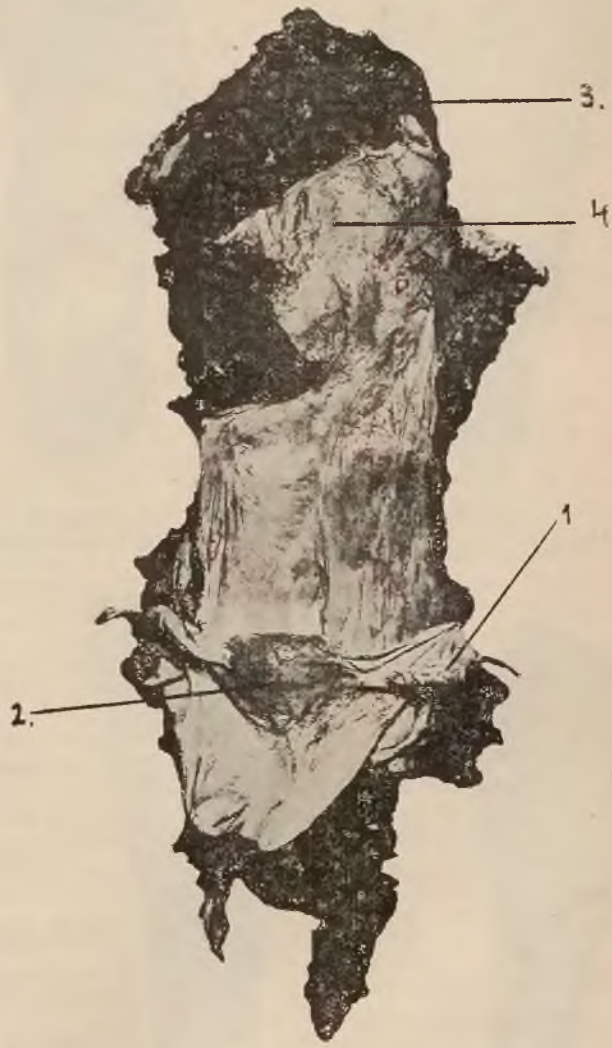
chowane owłosienie wzgórka łonowego. Niektóre włosy falisto-kręte, inne proste, wszystkie grube, koloru ciemno-czarno-blond, do długości 4 cm dochodzące. Ku wewnątrz dobrze utrzymana warga sromna mniejsza, dolny odcinek pochwy na przestrzeni 5 cm, łechtaczka, ujście zewnętrzne cewki moczowej, tudzież cała cewka moczowa z kawałeczkiem pęcherza moczowego. Dalej ku tyłowi widoczna lewa ściana odbytnicy na przestrzeni 4 cm. Dolna powierzchnia przecięcia części miękkich uda przechodziła 8 cm ponad powierzchnią stawową dolnej nasady kości udowej tak, że wskutek tego wysterczał nazewnątrz dolny odcinek kości udowej. Przecięcie biegło terasowato przez tkankę skórną, podskórną i mięśnie aż do kości. Zewnętrzny jej kłykieć był od strony tylnej gładko odcięty. Rzepki nie udało się stwierdzić. Brzegi powierzchni przecięć równe, gładkie, zarówno w obrębie części miękkich, jak i kości. Tkanka tłuszczowa podskórna dobrze rozwinięta, do $1^1/_2$ cm gruba, nie okazywała nigdzie — podobnie jak i mięśnie — podbiegnięć krwawych. Obwód uda w najgrubszem miejscu 59 cm, zaś u dołu tuż ponad powierzchnią dolnego przecięcia części miękkich 40 cm. Długość kości udowej po jej wyłuszczeniu wynosiła 42 cm.

W dniu 1 czerwca wyłowiono nową część wnętrzności w stanie gnicia (naskórek zupełnie złuszczony), która okazała się wyciętym kawałkiem powłok z lewej strony brzucha z dobrze widocznym pępkiem i bliznami poporodowemi, z którym zapomocą



Ryc. 7.
Powłoki brzuszne z narządami rodnemi od strony zewnętrznej. 1. Górna część pochwy. 2. Pępek. 3. Blizny poporodowe.

nieprzeciętej otrzewnej były w łączności narządy miednicy kobiecej (ryc. 7 i ryc. 8). Wśród nich stwierdzono kawałek odbytnicy 14 cm długi, niezawierający żadnej treści, o błonie śluzowej bladej. Górna powierzchnia przecięcia odbytnicy odpowiada w zupełności powierzchni przecięcia esicy w trzewiach brzusznych, wyłowionych w dniu 23 maja (ryc. 2), zaś dolna powierzchnia przecięcia odbytnicy odpowiadała tejże w części odbytnicy znalezionej przy pośladku i udzie lewem (ryc. 6). Dalej stwierdzono górną część pochwy, 3 cm długą, o błonie śluzowej bladej, miernie pofałdowanej, o płytkich sklepieniach, bez zmian chorobowych lub innych urazowych. Wreszcie stwierdzono macicę z przydatkami tudzież prawie cały pęcherz moczowy z wyjątkiem nieznacznej tylko jego części, przechodzącej w cewkę moczową i odpowiadającej powierzchniom przecięcia tejże przy zachowanej cewce moczowej i kawałeczku pęcherza moczowego, będących w związku z lewem udem i pośladkiem (ryc. 6). Pęcherz moczowy próżny, o błonie śluzowej bladej, bez zmian chorobowych. Macica i przydatki wolne. Ujście zewnętrzne macicy gwiazdkowate z głębokiemi, staremi, wygojonemi wrębami. Część pochwowa macicy krótka. Jama macicy od dna tejże do ujścia zewnętrznego 7 cm długa, o błonie śluzowej blado-różowej, skąpym śluzem pokrytej. Mięsień macicy do 14 mm gruby. Jajowody o przebiegu lekko krętym, drożne, bez zmian. Jajniki prawidłowej



Ryc. 8.
Powłoki brzucha z narządami rodnemi od strony wewnętrznej. 1. Jajnik. 2. Macica. 3. Tylna ściana powłok brzusznych. 4. Otrzewna.

wielkości, z większemi i mniejszemi pęcherzykami Graafa na przekrojach. Przymacicza bez zmian. Nigdzie, a zwłaszcza w okolicy przerw ciągłości, nie stwierdzono podbiegnięć krwawych.

W dniu 5 czerwca wyłowiono dalsze części zwłok, a mianowicie:

a) pośladek prawy i udo prawe (ryc. 9),
b) bark prawy i ramię prawe (ryc. 10),
c) podudzie prawe ze stopą prawą (ryc. 11),
d) podudzie lewe ze stopą lewą (ryc. 11).

Pośladek prawy i udo prawe okazywały górną powierzchnię przecięcia, biegnącą 5 cm poniżej fałdu pachwinowo-pośladkowego terasowato ku kości łonowej prawej, której oba ramiona były gładko przecięte. Dalej biegła powierzchnia przecięcia wzdłuż grzebienia kości biodrowej prawej i przez kość krzyżową prawie w jej linji środkowej, łącząc się na tylnej powierzchni uda prawego z początkiem rany. W ten sposób nie stwierdzało się części płciowych zewnętrznych, ani ich otoczenia. Obwód uda wynosił w najszerszem miejscu 59 cm. Dolna powierzchnia przecięcia części miękkich uda prawego biegła okrężnie na pograniczu dolnej nasady i trzonu kości udowej dość równo i w jednym poziomie aż do kości tak, że z rany wysterczała sama tylko dolna

nasada kości udowej. Nadto stwierdzało się rzepkę wraz z paskiem skóry z ponad kolana 15 cm długim i 3 cm szerokim. Na tym pasku skórnym, a także na kości udowej ponad kłykciami, stwierdzono rynienkowate, poprzecznie do długiej osi kości ułożone, powierzchowne rany, charakterystyczne dla działania siekiery. Konfiguracja pośladka i uda typowo kobiece, zupełnie identyczne co do wyglądu i wymiarów z poprzód wyłowionem lewem udem i lewym pośladkiem (ryc. 5). Tkanka tłuszczowa podskórna dobrze rozwinięta, do $1^1/_2$ cm gruba; miazdra skórna pozbawiona naskórka; przy dotyku wyczuwa się w obrębie części miękkich charakterystyczne trzeszczenie wskutek obecności gazów gnilnych. Mięśnie brudno-czerwone, rozmiękłe, gnijące, nie okazują — podobnie jak i skóra — nigdzie śladów reakcyj przyżyciowych, a w szczególności podbiegnięć krwawych. Obwód uda ponad przecięciem dolnem wynosił 40 cm. Długość kości udowej po jej wyłuszczeniu wynosiła 42 cm, a więc była identyczną z długością kości udowej lewej.



Ryc. 9.
Pośladek i udo prawe.



Ryc. 10.
Bark i ramię prawe.



Ryc. 11.
Oba podudzia ze stopami. 1. Odcięty kawałek kłykcia zewnętrznego kości udowej lewej. 2. Nadmiernie długi drugi palec

Bark i ramię prawe okazywały górną powierzchnię przecięcia, biegnącą 3 cm ponad fałdem pachowym okrężnie, obnażającą prawą łopatkę, część łopatkową obojczyka i odnośne gnijące mięśnie. Dolną ich część stanowiła rana biegnąca okrężnie tuż ponad dolną nasadą kości ramieniowej prawej, która sterczała z rany nazewnątrz. Skóra prawie w zupełności pozbawiona naskórka, który zaledwie w postaci kilku wysepek wraz z kępkami włosów koloru ciemno-blond był utrzymany w prawej pasze. Części miękkie wszędzie rozłażące się, cuchnące, z licznemi pęcherzami gazów gnilnych. Nigdzie nie stwierdzono podbiegnięć krwawych. Po wyłuszczeniu kości ramieniowej i jej przepiłowaniu stwierdzono, że długość kości ramieniowej prawej wynosiła 30,5 cm, że jama szpikowa sięgała do szyjki chirurgicznej kości ramieniowej, zaś chrząstka pośrednia była zupełnie zanikła i jedynie tu i ówdzie można się było dopatrzeć jej byłego istnienia.

Podudzie prawe wraz ze stopą prawą okazywało górną powierzchnię przecięcia o brzegach dość równych, biegnącą na wysokości powierzchni stawowej kości goleniowej, która sterczała tylko nieznacznie nazewnątrz z rany skórnej. Stopa drobna, jej długość od pięty do końca palców wynosiła 21 cm. Palec drugi wysterczał wybitnie ponad resztę palców, a zwłaszcza ponad palec duży. Ani na podudziu, ani na stopie nie stwierdzało się naskórka, a również nie było paznogci na palcach nóg. Części miękkie przy dotyku trzeszczące wskutek obecności gazów gnilnych, na przekrojach rozmiękłe, brudno-czerwone, bez śladów podbiegnięć krwawych. Po wyłuszczeniu kość goleniowa prawa 33,2 cm długa.

Podudzie lewe wraz z lewą stopą było co do konfiguracji i wymiarów zupełnie identyczne z podudziem i stopą prawą. Taki sam brak naskórka i paznogci oraz identyczny stopień gnicia. Jedynie górna powierzchnia przecięcia biegła wyżej i nieco skośnie od przodu ku tyłowi. Z niej wysterczała nieuszkodzona rzepka tudzież kawałek kłykcia zewnętrznego kości udowej, który dawał się doskonale dopasować do ubytku w tem miejscu na kości udowej lewej (ryc. 6). Brzegi i powierzchnie przecięć dość równe, nigdzie krwią niepodbiegnięte.

Wreszcie w dniu 15 czerwca wyłowiono ostatnią część zwłok, a mianowicie bark i ramię lewe (ryc. 12). Górna powierzchnia przecięcia biegła ponad szczytem barkowym, dalej przez fałd pachowy i równolegle z wewnętrzną powierzchnią łopatki, pozostawiając łopatkę w ścisłej łączności z ramieniem lewem. Od tej głównej rany biegły drobne rany, oddzielając szereg płatów mięśniowo-skórnych. Dolna powierzchnia przecięcia biegła okrężnie ponad dolną nasadą kości ramieniowej, która obnażona sterczała nazewnątrz z rany. Skóra w zupełności pozbawiona naskórka; części miękkie przy dotyku trzeszczące, na przekrojach rozłażące się, z licznemi pęcherzami gazów gnilnych, cuchnące, nigdzie krwią niepodbiegnięte. Po wyłuszczeniu kości ramieniowej lewej stwierdzono, że długość jej wynosiła 30,5 cm, zaś po przepiłowaniu jama szpikowa sięgała do szyjki chirurgicznej, a chrząstka pośrednia była zupełnie skostniała i jedynie tu i ówdzie można się było domyśleć jej śladów. Jednem słowem ta sama konfiguracja ramienia, ta sama długość kości ramieniowej, to samo zachowanie się procesu kostnienia w główce kości ramieniowej lewej, wreszcie ten sam sposób rozczłonienia, jak w poprzód wyłowionym barku i ramieniu prawem, a jedynie stan gnicia był silniej zaznaczony i odpowiadał przy uwzględnieniu pory roku i przebywaniu barku we wodzie mniej więcej 1-miesięcznemu okresowi czasu od chwili śmierci.

Poza zbadaniem znalezionych kawałków zwłok przeprowadziłem zkolei badanie zdjętych przez funkcjonarjuszów P. P. w mieszkaniu M. P. dowodów rzeczowych w kierunku obecności na nich krwi ludzkiej. Otóż na badanych częściach garderoby M. P., a mianowicie na dwóch parach spodni, marynarce, koszuli i pasku, dała stwierdzić się krew (mikrospektrum Hchg) jedynie na jednej parze spodni świeżo wypranych w okolicy kieszeni lewej. Jednak materjału do badania było tam tak skąpo, że nie można było dokonać badania serologicznego celem określenia przynależności gatunkowej tej krwi. Oprócz tych spodni także koszula M. P. posiadała ślady świeżego jej wyprania. Natomiast udało się stwierdzić obecność krwi ludzkiej w ilości 5 plam na desce, znajdującej się w izbie M. P. dalej na 22 kawałeczkach wyciętych z komody, stojącej w izbie, na 25 kawałeczkach wyciętych z drzwi izby oraz na 4 kawałeczkach, wyciętych ze ścia-

ny stajni. W większości plamy te posiadały kształt kroplisty. Na siekierze, na dnie skrzyni i na wycinkach z drzwi sieni nie udało się wykazać obecności śladów krwawych.

W czasie aresztu śledczego znajdował się również M. P. pod moją obserwacją psychjatryczną. Przez cały ten czas wypierał się on stale inkryminowanego mu czynu i twierdził, że o niczem nie wie i jest zupełnie niewinny. W tem jego wypieraniu się winy można jednak było spostrzec w ciągu obserwacji pewne różnice. I tak w pierwszym okresie obserwacji przeczył on, iżby znachodzone i wyławiane z rzeki Dłubni kawałki zwłok mogły pochodzić od jego żony. Później, gdy mu zwrócono uwagę, iż jest wykluczone, aby w tak rozgłośnej sprawie żona nie zjawiła się po okresie kilkomiesięcznej nieobecności oraz że znalezione części zwłok odpowiadają w zupełności kobiecie wieku i wzrostu jego żony, tudzież odpowiadają swym rozkładem gnilnym czasokresowi zniknięcia żony, M. P. po długim namyśle wyraził przypuszczenie, iż żona namówiła „dwóch drabów, żeby go poćwiartowali", ale widocznie przyszło między temi trzema osobami do nieporozumień i „owi drabowie", chcąc się pozbyć niewygodnego świadka, żonę zamordowali i poćwiartowali. Również na zwróconą M. P. uwagę, iż nienawiść, w jakiej pozostawał do żony i ewentualne znalezienie krwi w jego domu będzie przemawiać przeciwko niemu, tenże z początku stanowczo wykluczył możliwość znalezienia w jego domu śladów krwi ludzkiej, później zaś, gdy mu oznajmiono, że jednak stwierdzono w jego mieszkaniu liczne ślady krwi ludzkiej, M. P. zmieszany oświadczył, iż to widocznie krew z jego nosa, a gdy zkolei powiadomiono go, że badanie wykluczyło powstanie śladów krwawych z krwotoku nosowego, M. P. podał, iż są to widocznie ślady krwi miesiączkowej żony, pozostałe jeszcze z czasów wspólnego z nim mieszkania. Zresztą przez cały czas pobytu w więzieniu i obserwacji psychjatrycznej zachowywał się M. P. stale jednakowo, był najdokładniej pod każdym względem zorjentowany, zasób jego intelektualny odpowiadał w zupełności jego pozycji społecznej i otrzymanemu wykształceniu, nie zdradzał on najmniejszych zaburzeń w kojarzeniu, urojeń, złudzeń, omamów, myśli natrętnych lub przymusowych, ani też jakichkolwiek zaburzeń pamięci, posiadał dostateczny krytycyzm i poczucie etyczne, zawsze dobrze sypiał i miał dobry apetyt, nie zanieczyszczał się, był zawsze spokojny, zrównoważony, poddawał się łatwo regulaminowi więziennemu, w gestykulacji, mimice twarzy, ubraniu i zachowaniu się nie okazywał niczego nieprawidłowego. Jednem słowem M. P. zachowywał się jak człowiek umysłowo normalny,



Ryc. 12.
Bark i ramię lewe. 1. Ślady po cięciach.

a również sam uważał siebie za osobę pod względem nerwowym i psychicznym zupełnie zdrową. Obciążenia dziedzicznego nie dało się stwierdzić w żadnym kierunku. Jedynie uderzającym rysem był niewzruszony spokój M. P., jaki zachowywał nawet przy omawianiu bardzo drażliwych dla niego kwestyj, dalej zupełny brak żalu z powodu straty żony, wreszcie pewna gadatliwość względnie rozwlekłość opowiadania przy dobieraniu przytem górnolotnych określeń i frazesów. Badanie neurologiczne wypadło z wynikiem ujemnym. W narządach wewnetrznych nie udało się stwierdzić objektywnie żadnych zmian chorobowych. M. P. rozwijał się prawidłowo, był zawsze zdrów, żadnych chorób, w szczególności połączonych z utratą przytomności lub z drgawkami, a także chorób wenerycznych nie przechodził, średnio palił i tylko przygodnie używał napojów wyskokowych. Ukończył 4 klasy ludowe; nauka przychodziła mu z łatwością. Nauczył się także szewstwa. Ojcu pomagał w gospodarstwie rolnem aż do czasu poboru go do wojska w roku 1913. Wojnę światową odbył na froncie, jednak nie był ranny, ani kontuzjonowany, ani obłożnie chory. W roku 1921 ożenił się, lecz pożycie małżeńskie stało się już po kilku miesiącach złe, i jak to na początku zaznaczono, doprowadziło do konfliktu między małżonkami.

Tak przedstawiałby się pokrótce cały materjał sądowo-lekarski, który stanowił dla mnie podstawę do wydania orzeczenia w śledztwie, a później na rozprawie głównej przed Sądem Przysięgłych przy współuczestnictwie kol. Dra Jankowskiego. Korzystając z protokołu rozprawy tudzież z udzielonych mi uprzejmie przez jednego z obrońców oskarżonego adwokata Dra T. Aschenbrennera zapisków stenograficznych, podam tu orzeczenie, wydane przeze mnie na rozprawie głównej.

„Na podstawie długomiesięcznej obserwacji psychjatrycznej i licznych badań M. P., tudzież na podstawie zeznań świadków i całego przewodu sądowego można stwierdzić, że M. P. nie jest dotknięty ani niedołęstwem umysłowem, ani żadną chorobą umysłową ostrą lub przewlekłą, ani też nie okazuje w żadnej dziedzinie swojej psychiki, a więc zarówno w dziedzinie rozumu, jak w dziedzinie uczucia oraz w dziedzinie woli żadnych nieprawidłowości lub jakichkolwiek tego rodzaju odchyleń od normy, iżby go można było uważać za osobę pozbawioną używania rozumu, niepoczytalną i za czyny swe nieodpowiedzialną. Również ani dane autoanamnestyczne, ani wynik przedmiotowego badania i długotrwałej obserwacji psychjatrycznej nie dostarczyły najmniejszego dowodu lub podejrzenia, iżby M. P. cierpiał na jakiekolwiek przemijające zaburzenia umysłowe. Dalej analiza samego czynu inkryminowanego, o czem później będzie szerzej jeszcze mowa, dowodzi, że nie wynikł on z żadnych patologicznych podniet, ani też pod wpływem zboczenia seksualnego lub umysłowego, ponieważ rozkawałkowanie zwłok posiadało wyraźny charakter defensywny, mający na celu zatarcie śladów zbrodni. Wkońcu należy podkreślić, że i sam oskarżony uważa się za człowieka najzupełniej umysłowo zdrowego. Nie da się atoli zaprzeczyć, że u oskarżonego dają się stwierdzić pewne rysy psychopatyczne. Wszyscy świadkowie charakteryzują go jako człowieka brutalnego. W toku przewodu sądowego wystąpił aż nadto jaskrawo jego wzmożony seksualizm. Jest to wogóle osobnik o silnych namiętnościach. U osobników takich są silnie zaznaczone zarówno uczucia dodatnie, jak i ujemne. Potrafią oni tak samo namiętnie kochać, jak i silnie nienawidzieć. Rozprawa sądowa uwidoczniła dokładnie te rysy charakterologiczne oskarżonego w stosunku do jego żony. Wreszcie do tych rysów charakterologicznych należy również zaliczyć dziwaczny sposób wyrażania swych myśli przez oskarżonego przy dobieraniu górnolotnych frazesów oraz jego gadatliwość. Czy jednak te psychopatyczne rysy charakterologiczne oskarżonego można uważać za okoliczności, o jakich mowa w § 46 a obowiązującego u nas dotąd jeszcze austrjackiego kodeksu karnego, musimy pozostawić to ocenie trybunału.

Co do znalezionych w różnych odstępach czasu kawałków zwłok, to są to części zwłok ludzkich z wyjątkiem wyłowionych 30-go maja pięciu kawałków jelit, które przy bliższem badaniu, a zwłaszcza serologicznem, okazały się jelitem cienkiem bydlęcem. Za ludzkiem pochodzeniem wszystkich zresztą innych znalezionych kawałków zwłok przemawiają charakterystyczne cechy anatomo-morfologiczne poszczególnych części zwłok, a ponadto dodatni wynik badania serologicznego przy użyciu swoistej precypityny ludzkiej, które to badanie przeprowadzono z częściami zwłok, mogącemi budzić choćby najmniejsze wątpliwości co do ich pochodzenia gatunkowego.

Jak to uwidacznia fotografja znalezionych i złożonych obok siebie kawałków zwłok (ryc. 13), składają się one ze sutka kobiecego (nie wiadomo prawego, czy lewego), z ośmiu kawałków płuc, z żołądka razem z dwunastnicą i kawałkiem jelita czczego,

ze śledziony, z końcowego odcinka jelita biodrowego oraz prawie całego jelita grubego, z kawałka skóry brzucha razem z macicą, przydatkami, górną częścią pochwy, całym prawie pęcherzem moczowym i odbytnicą, dalej z uda lewego razem z pośladkiem lewym i częścią sromu kobiecego, z uda prawego razem z pośladkiem prawym, z obu podudzi razem ze stopami, wreszcie z obu ramion z barkami. Natomiast brakuje głowy z szyją, klatki piersiowej z sercem, wątroby, nerek, nadnerczy, trzustki, znacznego odcinka jelita cienkiego, tudzież obu przedramion i rąk.

Wszystkie te kawałki zwłok ludzkich posiadają gładkie i równe brzegi ran skórnych, względnie terasowato biegnące powierzchnie oddzieleń poszczególnych części zwłok. Nadto obok głównych cięć stwierdza się niejednokrotnie cały szereg drobniejszych ran lub powierzchownych rysów skórnych, a gdzie niegdzie obecność osełkowatych ran kłutych, zwłaszcza dobrze widocznych w krezce esicy i w płucach. Są to cechy dowodzące, że do rozczłonienia użyto narzędzia ostrego, tnącego, np. silnego noża. Cały znowuż szereg rynienkowatych wcięć na kości udowej prawej, poprzecznie do jej osi długiej ułożonych, obok takich samych, znajdujących się powyżej w częściach miękkich tego uda, tudzież odłupanie kłykcia kości udowej lewej dowodzi, że użyto także ciężkiego tasaka lub siekiery. Wreszcie charakterystyczne powierzchnie rozdzielenia kości miednicy, a zwłaszcza kości krzyżowej w jej linji środkowej, dowodzą, że sprawca użył piłki do przepiłowania tych kości.

Brak reakcji życiowej w okolicy przeprowadzonych cięć jak skurczenia i retrakcji brzegów, podbiegnięć krwawych itp. przemawia za tem, że rozczłonienie nastąpiło po śmierci, a nie na żywem ciele danej osoby, czyli już na zwłokach tej osoby.

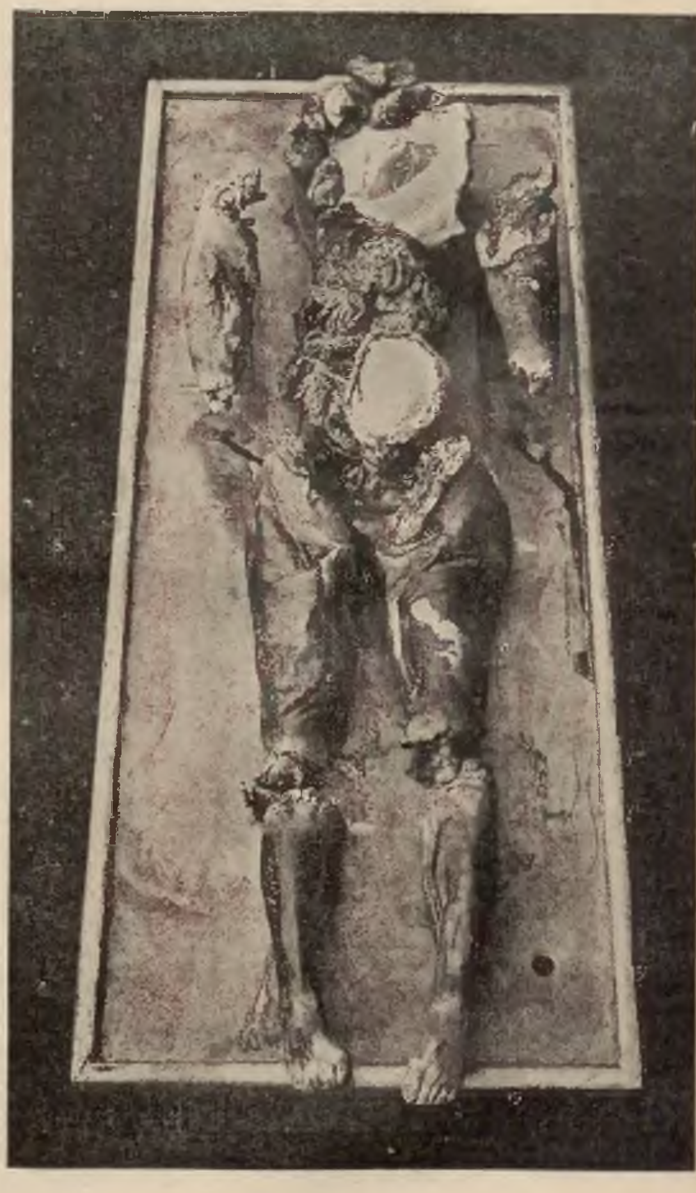
Zkolei chodziłoby o rozstrzygnięcie, jakiego rodzaju rozczłonienie zwłok było w niniejszym przypadku, a w szczególności, czy było ono zbrodnicze. Przypadkowe rozczłonienie zwłok czy to w następstwie przejechania i rozszarpania przez pociąg, albo w następstwie eksplozji materjałów wybuchowych, gazów kopalnianych, pęknięć kotłów, względnie działania wysokiej ciepłoty, albo w następstwie poszarpania zwłok przez zwierzęta jak psy, świnie, szczury itp., wreszcie rozczłonienie w następstwie zabiegów operacyjnych, położniczych lub przy obdukcjach zwłok można stanowczo wykluczyć, ponieważ wspomniane przypadki rozczłonienia zwłok posiadają bardzo charakterystyczne, dla nich tylko swoiste cechy i obrażenia. Wobec znalezienia poszczególnych części zwłok w rzece zachodziłoby jeszcze pytanie, czy rozkawałkowanie zwłok nie nastąpiło wskutek ich rozkładu gnilnego, powodującego oddzielenie się poszczególnych części zwłok w ich połączeniach stawowych, względnie w następstwie dostania się zwłok między tryby kół młyńskich lub śrub parowców itp. I to przypuszczenie można stanowczo wykluczyć wobec stosunkowo nieznacznego rozkładu gnilnego, stwierdzonego we wyłowionych częściach zwłok, wobec niekursowania na małej rzece żadnych statków lub łodzi motorowych oraz wobec znalezienia wszystkich części zwłok powyżej młyna.

Jak w niniejszym przypadku można stanowczo wykluczyć przypadkowe rozczłonienie zwłok, tak samo można stanowczo przyjąć zbrodnicze ich rozkawałkowanie.

Zbrodniczego rozkawałkowania zwłok dowodzi stanowczo sposób przeprowadzenia cięć, a w szczególności obecność obok głównego rozczłoniającego cięcia ponadto obecność całego szeregu powierzchownych cięć, biegnących równolegle do cięcia głównego, jak to zwłaszcza wyraźnie jest zaznaczone na kończynach dolnych i na sutku. Cięcia te dowodzą, że narzędzie tnące przykładano kilkakrotnie i ponawiano nieudałe próby rozczłonienia w danem miejscu zwłok aż do skutku. Tego rodzaju cięć nie spotyka się nigdy w przypadkowych rozkawałkowaniach zwłok. Dalej za zbrodniczem rozczłonieniem przemawia brak reakcji życiowej w okolicy przeprowadzonych cięć, a zwłaszcza podbiegnięć krwawych, chociaż z drugiej strony wiadomo, że podbiegnięcia krwawe mogą zostać wyługowane przez wodę. Wreszcie zupełnie dokładna wzajemna przynależność i odpowiadanie sobie znalezionych różnych części zwłok przemawia także za zbrodniczem rozczłonieniem.

Zbrodnicze rozkawałkowanie zwłok bywa dokonywane, jak tego uczy doświadczenie sądowo-lekarskie, albo pod wpływem zboczenia seksualnego względnie zboczenia umysłu, albo i częściej się ono zdarza celem usunięcia zwłok ofiary i zatarcia w ten sposób śladów zbrodni. Zbrodniarz bowiem pozbawiwszy życia swej ofiary w inny sposób np. przez uderzenie w głowę tępem narzędziem ćwiartuje zwłoki ofiary dlatego, aby zatrzeć ślady zbrodni. W tym celu porzuca je na odludziu lub zakopuje w ziemi, wrzuca do wody, ukrywa w piwnicy lub na strychu, zwęgla w piecu lub wysyła w kufrze pocztą albo koleją.

Pierwsze tak zwane ofensywne rozczłonienia zwłok, stosunkowo bardzo rzadkie, charakteryzują się sposobem ich wykonania tudzież bezcelowością i bezplanowością, które zaraz budzą podejrzenie, że rozczłonienia dokonał osobnik umysłowo chory lub płciowo zboczony. W przypadkach takich sprawca dokonuje nieregularnego rozkawałkowania oraz zupełnie bezcelowego i bezmyślnego okaleczenia tych kawałków, rozrzuca poszczególne kawałki zwłok w pobliżu miejsca czynu, nie stara się ukryć śladów swej zbrodni, owszem zatrzymuje przy sobie lub zanosi do domu poszczególne części zwłok. Nadto sadystycznie zboczeni, głównie mordercy z lubieżności, godzą przedewszystkiem w jedną część ciała a mianowicie w części płciowe. Kilka przykładów najlepiej to objaśni. I tak w przypadku C o m n i k a umysłowo chora pod wpływem omamów słuchowych i myśli natrętnych pozbawiła życia swego ojca zapomocą uderzeń siekierą, następnie poćwiar-



Ryc. 13.
Rozczłonkowane części zwłok po złożeniu w jedną całość.

towała jego zwłoki i część ich gotowała w garnku. W przypadku znowu L o m b r o s a sprawca udusiwszy 14 letnią dziewczynę wydarł jej jelita i części płciowe, pogryzł jej uda, wyssał z niej krew, zaś kawałek łydki zaniósł do domu celem sporządzenia z niej pieczeni. W przypadku M e y e r a matka zabiła noworodka, oddzieliła głowę od reszty tułowia, przecięła klatkę piersiową, wyjęła krtań, tchawicę, przełyk, tarczycę i płuca, nacięła worek mosznowy, obdarła skórę z członka męskiego, zaś na kadłubie wykonała cały szereg głębokich cięć.

W naszym przypadku sposób wykonania rozkawałkowania zwłok, dążność do ukrycia poszczególnych części zwłok, z których zresztą tylko część została odnaleziona, tudzież wszystkie inne uboczne okoliczności przypadku, o których jeszcze będzie mowa, wykluczają, iżby sprawca działał pod wpływem mo-

tywów seksualnych lub zboczenia umysłu, a przemawiają za tem, że sprawca dokonał defensywnego rozkawałkowania zwłok celem ich usunięcia i w ten sposób zatarcia śladów zbrodni. Ale przedewszystkiem przemawia za tem staranne ukrycie głowy. Jak bowiem uczy odnośna kazuistyka sądowo - lekarska i kryminalna, sprawcy we wszystkich znanych przypadkach zbrodniczego defensywnego rozkawałkowania zwłok dążyli celem utrudnienia rozpoznania pozbawionej życia ofiary przedewszystkiem do zniszczenia głowy albo do zniekształcenia jej nieraz w bardzo wyrafinowany sposób np. przez okaleczenie, oskalpowanie lub zwęglenie, albo do oddzielenia głowy od reszty ciała i starannego jej ukrycia.

Sposób rozkawałkowania zwłok może czasem rzucić pewne światło na zawód sprawcy, Tak np. rzeźnik Avinain pozbawił życia dwóch mężczyzn przez uderzenie ich tępem narzędziem w głowę; a następnie poćwiartował ich zwłoki na 6 części w zupełnie jednakowy sposób tak, że słusznie przypuszczano, iż obu morderstw dokonała jedna i ta sama osoba. Nadto uderzała pewna biegłość zawodowa w sposobie rozkawałkowania zwłok i wskazywała, że sprawca był rzeźnikiem. Wszystkie te wnioski okazały się rzeczywiście prawdziwe. W naszym przypadku rozczłonienie zwłok było przeprowadzone przez osobę, która nie posiadała znajomości budowy ciała, jaką okazują np. rzeźnicy lub osoby oddające się przygodnie temu zawodowi, ponieważ cięcia były przeprowadzone nie poprzez stawy, lecz w ich pobliżu i dopiero następowo przechodziły przez stawy, dalej narzędzie tnące przykładano na kilka zawodów, odłupano kłykieć zewnętrzny kości udowej lewej i t. p. Wszystkie te okoliczności pozwalają na wysnucie wniosku, iż sprawca rozkawałkowania zwłok był niewprawny.

Fakt, że części parzyste zwłok, a więc obie kończyny górne, oba uda z pośladkami i oba podudzia ze stopami są ze sobą najzupełniej identyczne pod względem konfiguracji, cech morfologicznych np. zbyt długiego drugiego palca u nóg oraz posiadają te same wymiary zarówno części miękkich jak i kości, dalej fakt, że powierzchnie przecięć zarówno narządów wewnętrznych, jak części miękkich oraz kości ze sobą wzajemnie korespondują, zaś poszczególne części zwłok odpowiednio złożone najzupełniej sobie odpowiadają, wreszcie harmonijny wzajemny stosunek wszystkich poszczególnych części zwłok względem siebie dowodzą, że znalezione, a poprzód wymienione, części zwłok ludzkich należą do jednej i tej samej osoby.

Konfiguracja kończyn górnych i dolnych razem z pośladkami, słabo rozwinięte nierówności na kościach w miejscach przyczepu mięśni, ale przedewszystkiem obecność przy udzie lewem zupełnie dobrze zachowanych obu warg sromnych, łechtaczki i dolnej części pochwy, dalej obecność korespondującej z nią górnej części pochwy razem z macicą i przydatkami, tudzież obecność sutka kobiecego dowodzi ponad wszelką wątpliwość, że są to zwłoki kobiece. Ujście zaś zewnętrzne macicy, okazujące stare, głębokie, wygojone wręby i pęknięcia części pochwowej macicy, tudzież blizny poporodowe w skórze brzucha, dowodzą, że owa kobieta już rodziła.

Włosy na wzgórku łonowym i na wardze sromnej większej zwłok posiadają zabarwienie ciemno - szatynowe. Ponieważ zaś, jak uczy codzienne doświadczenie, uwłosienie głowy jest zazwyczaj ciemniejsze od uwłosienia na częściach płciowych, przeto należy przyjąć, że denatka była brunetką.

Określenie wzrostu denatki jest możliwe na podstawie zmierzenia długości znalezionych jej kości długich, a mianowicie kości udowych (42 cm długich), ramieniowych (30,5 cm długich) i goleniowych (33,2 cm długich) i obliczenia z nich ogólnego wzrostu denatki. Metody te są ogólnie w użyciu i dają dobre wyniki. I tak pierwszy prezes Polskiej Akademji Umiejętności prof. Majer mógł z kości, znalezionych w katedrze na Wawelu, oznaczyć długość ciała, która w zupełności odpowiadała wzrostowi Króla Kazimierza Wielkiego, podanemu przez historjografa Długosza. Także stwierdzenie przez niego na jednej kości blizny kostnej potwierdzało tożsamość kośćca, ponieważ, jak wiadomo, król ten miał złamać nogę na polowaniu w ostatnich latach swego życia. Niedawno znowu prof. Papillault w Paryżu *ex re* ekshumacji i przewiezienia szczątków Juljusza Słowackiego do kraju określił na podstawie długości kości udowej i goleniowej wzrost Słowackiego na 165 cm. Otóż przeprowadzone przeze mnie obliczenia według metod Manouvriera, Carusa, Langera, Roleta, Brianda i Chaudé'a wykazują, że długość całego kośćca denatki wynosiła przeciętnie 155 cm. Do tej długości należy, zgodnie z wynikiem odnośnych badań, dodać jeszcze 3 — 5 cm na części miękkie. W ten sposób wzrost denatki można określić w przybliżeniu na 158 — 160 cm.

Dalej można określić wiek denatki na podstawie zmian w jej układzie kostnym. Zwłaszcza przebieg kostnienia główki kości ramieniowej użycza dobrej podstawy do określenia wieku, jak to wykazały badania prof. Wachholza, potwierdzone przez innych także badaczy. Chrząstka mianowicie pośrednia, która oddziela nasadę górną od trzonu kości ramieniowej, kostnieje i znika u kobiet między 17 a 18, zaś u mężczyzn między 20 a 21 rokiem życia, czyli obecność tej chrząstki oznacza wiek niższy od wieku, w którym ona skostnieje. Jama szpikowa w kości ramieniowej dosięga swym górnym końcem wysokości szyjki chirurgicznej u kobiet w 28, zaś u mężczyzn około 30 roku życia, zaś miejsca, gdzie była chrząstka pośrednia tj. wysokości szyjki anatomicznej dosięga jama szpikowa około 35 roku życia, (demonstracje odpowiednich preparatów). Otóż rzut oka na zdjęcie fotograficzne, przedstawiające przepiłowane górne połowy obu kości ramieniowych denatki (ryc. 14) poucza, że chrząstka pośrednia między górną nasadą a trzonem kości ramieniowej denatki jest już w zupełności skostniała tak, że jedynie tylko tu i ówdzie można się domyśleć śladu jej istnienia, zaś jama szpikowa sięga do szyjki chirurgicznej kości ramieniowych denatki. Na podstawie tego obrazu anatomicznego można określić wiek denatki na mniej więcej lat 28.



Ryc. 14.
Przepiłowane obie kości ramieniowe, uwidaczniające ślad po skostniałej chrząstce pośredniej i jamę szpikową, dochodzącą do wysokości szyjki chirurgicznej.

Podać muszę, że po oznaczeniu wieku denatki podałem wynik badania p. Sędziemu Śledczemu, który dopiero w szereg tygodni później otrzymał metrykę chrztu zaginionej żony oskarżonego i przekonał się z niej, iż Zofja Paluchowa liczyła rzeczy-

wiście 28 lat. Również Sędzia Śledczy zmierzywszy wzrost siostry zaginionej, która miała być tego samego wzrostu co zaginiona, przekonał się, że zgadza się on w zupełności ze wzrostem denatki, określonym poprzód przeze mnie na 158—160 cm. Ową nawet na pierwszy rzut oka podejrzanie wyglądającą, idealnie dokładną zgodność wyników badania należy tłumaczyć tą szczęśliwą okolicznością, że denatka nie należała do osób starszych. Gdyby bowiem liczyła ona np. ponad 35 lat, to wówczas wobec braku czaszki i szkieletu kadłuba określenie jej wieku nawet w dużem przybliżeniu byłoby bardzo trudnem i wahałoby się w znacznych granicach.

Również tej szczęśliwej okoliczności, że części zwłok denatki znajdowały się we wodzie, należy zawdzięczać, iż można wysnuć dość pewne wnioski co do czasu śmierci denatki. Gdyby bowiem znalezione części zwłok przebywały np. w ziemi, to z postępu ich zgnilizny nie dałoby się wysnuć żadnych stanowczych wniosków co do czasu śmierci, albowiem — jak uczy doświadczenie sądowo-lekarskie — z kilku zwłok osób, zmarłych w tym samym czasie, a nawet z tej samej przyczyny i pozostających w tych samych warunkach, jedne mogą być jeszcze dość dobrze zachowane, podczas gdy inne okazują już bardzo daleko posunięty rozkład gnilny. Tymczasem na zwłokach, wydobytych z wody, spotykamy zmiany zależne od czasu spoczywania zwłok w wodzie, które to zmiany pozwalają nam określić w przybliżeniu dość dokładnie czas śmierci danej osoby. Zmiany te noszą nazwę „skóry praczek". Podobnie jak u praczek skóra na rękach marszczy się, grubieje i bieleje pod wpływem moczenia rąk we wodzie, tak samo powstaje ta zmiana na opuszkach palców zwłok już po kilku godzinach spoczywania zwłok we wodzie. Po 1—2 dniowem leżeniu zwłok we wodzie zmiana ta jest już wyraźna na całej dłoni i podeszwie, zaś po 3—4 dniach także na grzbiecie rąk i stóp. Po 5—6 dniach naskórek daje się przesuwać nad skórą rąk i stóp oraz złuszczać, a po 14 dniach leżenia zwłok we wodzie schodzi wraz z paznogciami w postaci rękawiczki z rąk i nóg (demonstracje odpowiednich preparatów). Przypominam, że wyłowiony w dniu 22 maja, a więc w tydzień po zaginięciu Z. P. (15 maja) pierwszy kawałek zwłok, a mianowicie powłoki klatki piersiowej ze sutkiem, okazywał jeszcze zachowany naskórek, który jednak przy zmywaniu mułu oddzielał się z łatwością od miazdry skórnej za wyjątkiem najbliższej tylko okolicy brodawki sutkowej, gdzie oddzielał się tylko z trudnością. Wyłowione w dniu 31 maja, zatem w 2 tygodnie od zaginięcia Z. P., lewe udo z lewym pośladkiem było już prawie w zupełności pozbawione naskórka, który tylko w postaci bardzo nielicznych i drobniutkich wysepek pokrywał obnażoną miazdrę skórną. Wreszcie wyłowione w dniu 5 czerwca części zwłok okazywały zupełny brak naskórka, który na obu stopach zeszedł wraz z paznogciami. Biorąc zatem pod uwagę zmiany pośmiertne jak: skóra praczek, oddzielanie się i złuszczanie naskórka, względnie zupełny jego brak razem z paznogciami stóp, dalej stopień rozkładu gnilnego poszczególnych, kolejno znajdywanych części zwłok przy równoczesnem uwzględnieniu ciepłoty i pory roku, należy przyjąć z jak największem prawdopodobieństwem, że wszystkie te części zwłok leżały we wodzie aż do czasu ich wyłowienia i badania mniej więcej od połowy maja 1927 r.

Przy sekcji zwłok żołądka denatki stwierdziłem obecność w nim kawałka ziemniaka, wielkości fasoli, co pozwala na wysnucie stanowczego wniosku, iż denatka ostatnio przed śmiercią jadła ziemniaki oraz oznaczenie w przybliżeniu czasu, jaki upłynął od chwili spożycia tego pokarmu do jej śmierci. Czas, jaki mógł upłynąć od chwili spożycia ostatniego pokarmu aż do chwili śmierci, zatem także i czas śmierci, można oznaczyć, ale tylko w przybliżeniu, jeżeli będzie wiadomym czas spożycia pokarmu po raz ostatni przed śmiercią. Dokładne oznaczenie czasu śmierci z obecności i z zachowania się pokarmów w żołądku, nawet całkiem zdrowym, zależy od różnych czynników jak: od ilości i jakości pokarmu, stopnia jego rozdrobnienia, od równoczesnej obecności wody w żołądku, od postawy ciała, od wpływów mechanicznych i psychicznych. Wypełnienie żołądka obfitym pokarmem przemawia za tem, że śmierć nastąpiła niedługo po jego spożyciu, natomiast skąpa ilość pokarmu lub pusty żołądek przemawia za tem, że śmierć nastąpiła w dłuższy czas po spożyciu pokarmów. Otóż co do ilości pokarmu, stwierdzonej w żołądku denatki, to była ona wprawdzie bardzo mała, lecz ponieważ żołądek był przecięty, mógł się pokarm wydostać z łatwością nazewnątrz, względnie mógł być wypłókany przez wodę i tylko w jakimś zaułku żołądka mógł się zatrzymać ten tylko właśnie kawałek ziemniaka. Co do jakości pokarmów, to wiemy z odnośnych badań klinicznych, że pokarmy mięsne zalegają w żołądku dłużej, niż jarzyny. Co do innych wspomnianych okoliczności, wpływających na opróżnianie się żołądka z pokarmów, to są one w niniejszym przypadku nieznane. Przewód sądowy wykazał jedynie tę okoliczność, że Z. P. jadła ziemniaki około godziny 1 w południe i potem udała się pieszo do Dłubni, że nie chorowała na żołądek, ani na inne schorzenia przewodu pokarmowego. W każdym razie biorąc pod uwagę nawet najbardziej niekorzystne wpływy, opaźniające opróżnianie się żołądka, należy przyjąć, że żołądek denatki musiał być już opróżniony z ziemniaków najpóźniej w 4 godziny po ich spożyciu, a więc między spożyciem ziemniaków przez denatkę a jej śmiercią mogło upłynąć co najwyżej 4 godziny.

Jeżeliby teraz zebrać to wszystko, co dały wyniki badania znalezionych części zwłok, to można orzec, że znalezione w rozmaitych odstępach czasu kawałki zwłok należą (z wyjątkiem 5 kawałków jelita bydlęcego) do jednej i tej samej osoby, a mianowicie do kobiety 28 lat liczącej, która już rodziła, brunetki, dobrze zbudowanej i odżywionej, 150—160 cm wysokiej, okazującej charakterystyczny, zbyt długi palec drugi u nóg [1]), wreszcie która ostatnio co najwyżej 4 godziny przed śmiercią spożywała ziemniaki. Uwzględniając te dane, stwierdzone badaniami, oraz porównując je z zeznaniami świadków na rozprawie, opisujących Zofję Paluchową, dalej biorąc pod uwagę, że zmiany pośmiertne poszczególnych, w różnych odstępach czasu wyłowionych części zwłok odpowiadają terminowi zniknięcia Z. P., wreszcie, że w tym czasie nie donoszono władzom o zaginięciu jakiejkolwiek kobiety, zaś trudno przypuścić możliwość ukrywania dorosłej, umysłowo zdrowej kobiety przez tak długi szereg miesięcy — nietylko nic nie sprzeciwia się przyjęciu, lecz owszem wszystko przemawia za tem, że wyłowione w różnych odstępach czasu z rzeki Dłubni kawałki zwłok ludzkich są częściami zwłok Zofji Paluchowej.

Chodziłoby teraz o określenie przyczyny śmierci denatki. Pewne i stanowcze orzeczenie w tym kierunku jest niemożliwe wobec braku głowy, szyi oraz szeregu narządów wewnętrznych. W każdym jednak razie można stanowczo twierdzić, że śmierć denatki nie wynikła z przyczyn naturalnych, lecz że denatka zmarła śmiercią gwałtowną. Jeżeli bowiem denatka zmarłaby śmiercią naturalną, nie byłoby celu i sensu wykonywania rozkawałkowania jej zwłok, tem bardziej, że rozkawałkowanie zwłok w niniejszym przypadku posiada — jak już poprzednio szerzej o tem była mowa — wybitny charakter defensywny, t. j. mający na celu zatarcie śladów zbrodniczej śmierci denatki. Jakkolwiek atoli nie można pewnie i stanowczo orzekać o rodzaju gwałtownej śmierci denatki, to jednak dokładna analiza niniejszego przypadku, a w szczególności badanie mikroskopowe znalezionych kawałków płuc denatki, łącznie z doświadczeniem sądowo-lekarskiem odnośnie do zbrodniczego rozkawałkowania zwłok, pozwala nietylko na snucie domysłów w tym względzie, lecz przeciwnie pozwala nawet na orzekanie z pewnem prawdopodobieństwem o rodzaju gwałtownej śmierci denatki. Otóż badanie mikroskopowe każdego kawałka płuc denatki wykazało we wszystkich skrawkach i w każdem prawie polu widzenia tych skrawków bardzo liczne i rozległe zatory tłuszczowe. Obecność tak licznych i tak rozległych zatorów tłuszczowych w płucach denatki dowodzi stanowczo, że denatka doznała przed śmiercią, zatem za życia, urazu lub urazów, miażdżących kości, zawierające szpik kostny, lub niszczących tkankę tłuszczową, lub wreszcie miażdżących i kości i tkankę tłuszczową równocześnie, poczem zmiażdżony tłuszcz został uniesiony prądem krwi żylnej do serca prawego i przy najbliższym jego skurczu dostał się razem z krwią do płuc, gdzie zatrzymał się jakby na sączku, dając w ten sposób widoczne pod mikroskopem zatory tłuszczowe w płucach. Nadmienić zaś należy, że zgodnie z wynikami odnośnych badań eksperymentalnych i obserwacyj przypadków sądowo-lekarskich wystarczy już bardzo krótki okres czasu (zaledwie kilka sekund wynoszący) między doznaniem wspomnianych urazów a śmiercią obrażonego, aby wystąpiły zatory tłuszczowe. Ponieważ w niniejszym przypadku, jak o tem była już mowa, wszystkie znalezione kawałki zwłok nie okazywały żadnych śladów obrażeń o charakterze powstania tych obrażeń za życia, przeto nasuwa się logiczny wniosek, że uraz względnie urazy, które wywołały tak rozległe zatory tłuszczowe w płucach denatki, godziły najprawdopodobniej w jej głowę. Również statystyka przyczyn śmierci w znanych przypadkach zbrodniczego rozkawałkowania zwłok rzuca w tym kierunku bardzo charakterystyczne światło. I tak Ziemke zestawił po rok 1918 wszystkie znane w piśmiennictwie światowem przypadki zbrodniczego rozkawałkowania zwłok i przekonał się, że (pominąwszy przypadki zbrodniczego rozkawałkowania zwłok noworodków) u dorosłych można było stwierdzić tylko w 12% przypadków jako przyczynę śmierci gwałtowne uduszenie zwłaszcza zagardlenie,

[1]) Która to cecha jest rodzinna, ponieważ także siostry Z. P posiadają takie palce u nóg.

natomiast w pozostałym odsetku przypadków zbrodniczego rozkawałkowania zwłok osób dorosłych stanowiły przyczynę śmierci rany kłute szyi i klatki piersiowej, poderżnięcie szyi, ale przedewszystkiem miażdżące obrażenia czaszki. Tak samo i ja od roku 1909 miałem sposobność w jedynym dotąd ocenianym przypadku zbrodniczego rozkawałkowania zwłok stwierdzić obrażenia czaszki jako przyczynę śmierci ofiary. Chodzi tu o głośny przed kilku laty w Krakowie przypadek pozbawienia życia matki przez własną jej córkę, służącą przy ulicy Zyblikiewicza, zapomocą uderzeń siekierą w głowę. Następnie zbrodniarka odcięła ofiarze nogi, aby zwłoki lepiej zmieścić w kufrze koszykowym i ten ze zwłokami wywiozła za miasto, w szczere pole, i tu go porzuciła. Że obrażenia miażdżące czaszki jako przyczyna śmierci w takich przypadkach są tak częste, jest to zupełnie zrozumiałe i wytłumaczalne. Uraz bowiem czaszki może być zadany ofiarze jakiemkolwiek narzędziem tępem, nie budzącem podejrzeń i to zupełnie niespodziewanie, gdy ofiara jest odwrócona, pochylona lub czemś zajęta i w ten sposób ofiara urazem takim ogłuszona pada nieprzytomna, nie może stawić oporu, ani też wezwać pomocy. Potem zaś może się ona już z łatwością stać przedmiotem dalszego zbrodniczego działania celem zupełnego pozbawienia jej życia, którem najczęściej są dalsze miażdżące urazy w głowę. I w niniejszym przypadku z uwagi właśnie na obecność tak rozległych i licznych zatorów tłuszczowych, znalezionych w płucach denatki, należy przedewszystkiem myśleć, że śmierć jej była wynikiem doznanych urazów tępych, a natomiast mniej przypuszczać śmierć z uduszenia, poderżnięcia szyi lub ran kłutych, choć ich stanowczo wykluczyć nie można wobec braku licznych części zwłok.

W tym stanie rzeczy jest również samo przez się zrozumiałe, że nic nie sprzeciwia się przyjęciu, iż sprawcą śmierci denatki i rozkawałkowania jej zwłok mógł być i był nim najprawdopodobniej jeden sprawca.

Zkolei rzeczy nasuwa się pytanie, gdzie dokonano pozbawienia życia denatki i gdzie zwłoki jej rozćwiartowano? Za miejscem czynu przemawiałaby przedewszystkiem obecność krwi ludzkiej, ponieważ rozkawałkowanie zwłok musiało być połączone z jednej strony ze ściekaniem krwi ofiary na podłoże, z drugiej zaś strony z rozpryskiwaniem się krwi na otoczenie i na sprawcę. I rzeczywiście w domostwie oskarżonego znaleziono dużo śladów krwi ludzkiej. Przytem odrazu podkreślić muszę, iż zupełnie nie brałem pod uwagę śladów, zaznaczonych jako krwawe na sporządzonych przez policję szkicach sytuacyjnych mieszkania oskarżonego, jako subjektywnych, lecz wyłącznie ślady przysłane do zbadania do Zakładu Medycyny Sądowej, w których obecność krwi i jej pochodzenie gatunkowe zostały przedmiotowo, w sposób zupełnie ścisły i pewny stwierdzone. Przypominam, że znaleziono około 60 śladów krwi ludzkiej. I tak u góry na drzwiach izby jedna rozległa, nieregularna plama na przestrzeni złotówki oraz cztery kropliste plamy tudzież w postaci ściekającej smugi; dalej na 22 kawałeczkach wyciętych z komody, przeważnie w postaci drobnych kropel, retort i wykrzykników; dalej na 25 kawałeczkach, wyciętych z drzwi izby, w postaci plam smugowatych i zamazanych; dalej na czterech kawałkach, wyciętych ze ściany stajni, w postaci dużych nieregularnych plam; wreszcie jeden ślad na świeżo wypranych spodniach oskarżonego, atoli materjału było tutaj tak mało, że już nie udało się oznaczyć pochodzenia gatunkowego tego śladu krwawego. Na innych przysłanych do badania przedmiotach, a w szczególności na innych częściach garderoby oskarżonego nie udało się wykazać śladów krwawych, co jednak nie wyklucza, że na nich nie mogły się znachodzić ślady krwawe tem bardziej, że zarówno koszula oskarżonego, jak i druga para jego spodni przedstawiały się wyraźnie jako świeżo wyprane. Wszystkie te ślady okazywały jednakową łatwą rozpuszczalność, dowodzącą ich niedawnego, mniej lub więcej kilkotygodniowego pochodzenia. Jeżeli w niniejszym przypadku uwzględni się, że plamy krwawe posiadają przeważnie kształt kroplisty i retort oraz wykrzykników, jaki się wytwarza przy padaniu kropel na powierzchnię pod kątem ostrym, dalej umiejscowienie tych plam wysoko na bocznych ścianach lub na wysokich przedmiotach i to w różnych miejscach domostwa oskarżonego, dalej brak charakterystycznych domieszek w śladach krwawych, wreszcie jednakową rozpuszczalność wszystkich śladów — to wszystkie te okoliczności przemawiają przeciw temu, aby znalezione ślady krwi ludzkiej w mieszkaniu oskarżonego mogły pochodzić z krwotoku nosowego lub z krwi miesiączkowej, jak to się stara tłumaczyć oskarżony.

Dok. nast.

Dr. L. ACHMATOWICZ. Wilno.

Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.
Ordynator: Dr. Leon Achmatowicz.

Jeżeli przypadki całkowitego pęknięcia pęcherza moczowego zalicza się do zjawisk względnie częstych, to niecałkowite pęknięcia pęcherza moczowego spotyka się o wiele rzadziej.

Poniżej pozwolę sobie podać przebieg takiego przypadku.

P. S. A., lat 54, z zawodu garbarz podaje, że dnia 17. IX. 1932 r. o godz. 12 w południe został uderzony deską w lewą połowę brzucha i okolicę nadłonową, chory przytem nadmienia, że był trzeźwym i przed wypadkiem oddawał prawidłowo dwa razy mocz. Uderzenie było dość silne tak, że chory upadł. W ciągu następnych 4 godzin po doznanym urazie oddawał trzykrotnie mocz, przyczem odczuwał parcie wdół, lecz krwi w moczu nie zauważył. O godz. 16 w moczu ukazała się krew. Po skończonej pracy chory udał się pieszo do domu, gdzie spożył kolację z wódką i piwem, a o godz. 19 tegoż dnia zjawiły się bóle brzucha i wymioty. W ciągu nocy chory oddał dwukrotnie mocz krwisty ze skrzepami krwi. Następnego dnia z rana wobec nasilania się bólów brzucha udał się pieszo do szpitala.

Stan obecny: budowy prawidłowej, wzrost i odżywianie średnie, zabarwienie skóry prawidłowe, błony śluzowe różowe, ciepłota 36.8, tętno 114 na min. W narządach klatki piersiowej żadnych uchyleń od normy nie stwierdzono. Brzuch miernie wysklepiony, niewzdęty, przy obmacywaniu wyczuwa się nieznaczny opór pod pępkiem zwłaszcza po stronie prawej, chory przytem odczuwa bolesność. Wobec tego, że chory nie mógł o własnych siłach oddać moczu, wprowadzono cewnik do pęcherza i spuszczono 500 cm^3 moczu barwy krwistej ze skrzepami krwi. Choremu zaproponowano zabieg, na który chory nie zgodził się. Wieczorem chory o własnych siłach moczu również nie mógł oddać, został więc powtórnie skateteryzowany, przyczem zabarwienie moczu podobnie jak i przedtem było krwiste ze skrzepami krwi. Brzuch był nieco mniej bolesny, tętno 94, ciepłota 37,2°.

Dnia 19. IX. badanie wykazało: ciepłota 36,6°, tętno 104, ogólny stan znacznie gorszy, pojawiły się silne bóle brzucha, oczy zapadnięte, język wilgotny, obłożony, brzuch wzdęty, twardy jak deska, bolesny na całej przestrzeni, a zwłaszcza w okolicy łonowej po stronie prawej. Chory przez całą noc i rano moczu samodzielnie nie oddawał, wobec czego został wprowadzony do pęcherza cewnik, przyczem stwierdzono, że pierwsze 300 cm^3 moczu miało barwę słomkową, dalsza zaś porcja miała zabarwienie krwiste. Badanie palcem przez odbytnicę wykazało, że nie zważając na to, że pęcherz był opróżniony zawiera on mocz, oba sklepienia bolesne, nacieczone.

Operacja (Dr. Achmatowicz) 48 godzin po wypadku. Uśpienie eterowe. Cięcie w linji środkowej poniżej pępka. Tkanka przedotrzewnowa i przedpęcherzowa obficie przepojone moczem, który wycieka z nich, jak z gąbki. Przestrzeń przedpęcherzowa podbiegnięta krwawo. W jamie brzusznej stwierdza się: płyn mętny, który leży głównie w miednicy małej, otrzewna ścienna i jelitowa jest nastrzykana, przekrwiona i pokryta złogami włóknika. Przy badaniu otrzewnej pokrywającej pęcherz moczowy stwierdzono w prawej jego połowie przy brzegu górno-bocznym nieznaczne podbiegnięcie krwawe na przestrzeni złotówki. Naruszenia całości otrzewnej nie stwierdzono. Jamę brzuszną oddzielono serwetkami, poczem w sposób zwykły otwarto pęcherz, w którym stwierdzono mierną ilość mętnego moczu ze skrzepami krwi. Badając pęcherz palcem stwierdzono, że po stronie prawej na ścianie górnej leży pęknięcie śluzówki i 2/3 warstw mięśniówki. Wymiary pęknięcia 5 cm na 3 cm, kształtu nieregularnego. Rana operacyjna pęcherza została połączona z przyśrodkowym odcinkiem pęknięcia pęcherza, poczem ranę operacyjną i rozerwaną ścianę pęcherza zeszyto zamykając pęcherz na głucho. Do przestrzeni przedpęcherzowej wprowadzono 2 sączki. Warstwowe zeszycie jamy brzusznej z pozostawieniem sączka w miednicy małej. Do pęcherza moczowego wprowadzono cewnik na stałe. Na czwarty dzień po operacji chory samowolnie wyciągnął cewnik z pęcherza, w rezultacie czego mocz zaczął wydzielać się przez ranę operacyjną. Gojenie następowało *per secundam*. Dnia 10 października rana operacyjna pęcherza zamknęła się, a 28. X. zagoiła się i rana ściany brzusznej.

Przeprowadzona w dniu 3. XI. cystoskopja wykazała: pojemność pęcherza 380 cm^3, naczynia śluzówki lekko nastrzykane, ujście moczowodów w miejscach zwykłych bez zmian. W okolicy pęcherzyka powietrznego na szczycie pęcherza, na przestrzeni 2—3 mm, leży ziarninująca powierzchnia w prawo i ku tyłowi, od której biegnie linijna blizna długości 6 — 7 cm o zabarwieniu bladem. Innych zmian nie stwierdzono.

Reasumując to wszystko, co podałem wyżej o przebiegu przypadku, uważam za stosowne podkreślić kilka momentów.

1) Bezpośredni uraz deską w okolice nadłonową i lewą połowę brzucha przy minimalnie wypełnionem pęcherzu wywołał pęknięcie śluzówki i 2/3 warstwy mięśniowej pęcherza.

2) Przy nieuszkodzonej zewnętrznej warstwie mięśniowej pęcherza powstały zacieki moczowe w przestrzeni przedpęcherzowej i przedotrzewnowej.

3) Przy nienaruszonej otrzewnej powstało postępujące zakażenie jamy otrzewnowej.

4) Operacyjne leczenie w 48 godzin po wypadku dało wynik pomyślny.

Dr. Eryk OBSTÄNDER. Bielsko n/Śl.

Objawy późne w przypadkach ukrytego rozszczepienia kręgosłupa.
(„spina bifida occulta").

Utajone rozszczepienie kanału rdzeniowego, *(spina bifida occulta)*, bez wyraźnych cech przepukliny, jest zjawiskiem dość częstem. Według obserwacji licznych rentgenologów i anatomów podobno co dziesiąty człowiek posiada taką większą lub mniejszą szparę w dolnych częściach swego kręgosłupa. Objawy chorobowe jednak u osób dotkniętych tą zmianą są o wiele rzadsze. O ile objawy te występują bardzo wcześnie w dzieciństwie, to będzie związek ich z anomalją kręgosłupa zrozumiałym. Trudności nasuwają jedynie przypadki zachorowań i objawów neurologicznych w późniejszym wieku. Obraz w tych przypadkach najczęściej odpowiada zespołowi *conus terminalis* lub też *cauda equina*. Mimowolne moczenie nocne *(enuresis nocturna)* i dzienne są u tych chorych częste. Nie można będzie wtedy tłumaczyć obrazu klinicznego wyłącznie sprawą kręgosłupa. Będzie ona jedynie czynnikiem umożliwiającym proces chorobowy, tak zwanym czynnikiem patoplastycznym.

Przytaczam wyjątki z dwu historyj chorób dla poparcia tego poglądu.

P r z y p. 1. Tkacz, lat 29, z zdrowej rodziny pochodzący, służył w wojsku. Z wyjątkiem choroby żołądka, która wystąpiła w ostatnim czasie, był zawsze zdrów. Przed kilkoma tygodniami zachorował z gorączką, ogólnem osłabieniem, z bólami w okolicy krzyża, promieniującemi w obie nogi, oraz bardzo silnem parciem na mocz, wzmagającem się czasami do mimowolnego moczenia. Pacjent jest żonaty, ma zdrową żonę i dzieci, popęd płciowy i siła męska bez zmian, chorób wenerycznych rzekomo nie miał, nie pije alkoholu.

Badanie przedmiotowe wykazało nieznaczne zmiany gruźlicze w płucach, bolesność uciskową w dolnej, prawej połowie brzucha, przy głębokiem, silnem badaniu. Ciepłota 37.7, tętno 78. Mocz bez zmian. Czynność nerek, badanie cystoskopowe zmian nie wykazuje.

Neurologicznie: Nerwy czaszkowe i kończyny górne bez zmian. Ruchomość kręgosłupa dobra, okolica kości krzyżowej bolesna na ucisk i opukiwanie. Tamże znajduje się miejsce wielkości dłoni, gdzie czucie powierzchowne jest wyraźnie obniżone we wszystkich rodzajach. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Na kończynach dolnych obustronnie dodatni objaw Lasègue'a, brak zaników, drżenia włókienkowego, zaburzeń czucia. Odruchy kolanowe obustr. żywe, odruchów Achillesa obustronnie brak. Odruch podeszwowy zachowany, brak objawów piramidowych. Brak ataksji i Romberga, chód prawidłowy. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Badanie radjologiczne wykazuje środkową szparę kości krzyżowej, sięgającą od S_2 w dół. Poza tem kościec bez zmian.

Parcie na mocz i bóle ustąpiły po leczeniu ciepłem i leżeniu w łóżku, zmiany przedmiotowe jednak się nie cofnęły.

P r z y p. 2. 27-letnia urzędniczka, anamneza rodziny bez obarczeń dziedzicznych, pierwszy perjod w 13. roku życia, odtąd zawsze regularny, mężatka, nie była w ciąży. Przed 2 laty chora nagle odczuła silny, kłujący ból w krzyżu. Musiała przez dni parę leżeć w łóżku i nie mogła się ruszyć. Wtedy tylko z trudem mogła oddawać mocz. Ciepłota była podwyższona. Po ustąpieniu objawów nastąpił (w czas) perjod.

Od tego czasu pacjentka miała kilka takich napadów, uważano ją za chorą na reumatyzm i skierowano do cieplic siarkowych, gdzie stan jej się znacznie pogorszył.

Badałem chorą podczas jednego z ataków i stwierdziłem bolesność uciskową kręgosłupa lędźwiowego i krzyżowego, ograniczenie ruchów kręgów lędźwiowych, nieznaczną przeczulicę skóry tamże, oraz pęk włosów długości około 6 cm nad kością krzyżową. Na kończynach dolnych: po prawej stronie zaznaczony Lasègue, oraz brak odruchu ze ścięgna Achillesa. Mocz bez zmian, krew na Wassermanna ujemna. Roentgen wykazuje rozszczepienie kości krzyżowej od S_1 w dół.

W następnych dwóch latach pacjentka miała 2 lub 3 ataki, w międzyczasie jednak była zupełnie zdrowa, uprawiała sporty, pływała i t. d.

Ciekawem w tym przypadku jest, że ataki zawsze występowały w związku z perjodem. Przy dokładnem badaniu okazało się jednak, że nie trafiały one zawsze na ten sam okres jajeczkowania, lecz raz przed, raz znowu po krwotoku miesięcznym. Podobne stosunki są znane w innych chorobach nerwowych, naprzykład w stwardnieniu rozsianem, *(sclerosis multiplex)*, w swoim czasie starałem się ująć te sprawy kliniczno-statystycznie. Musiałem się jednak, — jak tutaj, — zadowolić samą rejestracją. Wszystko bowiem, co można o tem pisać, jest hipotezą.

Reasumując można powiedzieć, że w obu przypadkach późnego zachorowania przy *spina bifida occulta* — punktem wyjściowym był proces gorączkowy.

Patogeneza cierpienia oddawna jest przedmiotem badań, — z wynikiem mało zadawalającym. Najwięcej prawdopodobnem jest przypuszczenie R a b a u d a, którego zdaniem bardzo wczesne sprawy zapalne opon są przyczynami wytworzenia się szpar. Zachorowanie w późniejszym wieku autorowie tłumaczą tem, że odcinki, *a priori* zniekształcone, przy dalszym wzroście kręgów podlegają zgnieceniu lub uciskowi. Podrażnienie opon w tym *„locus minoris resistentiae"*, (w następstwie jakichkolwiek spraw zakaźnych naprzykład), mogłoby odgrywać rolę wtórnej przyczyny. Ale i to nie jest wystarczające dla wytłumaczenia nam częstych w omówionem cierpieniu remisyj.

Piśmiennictwo:

A s s m a n n: Röntgendiagn. 1921. — B i n g: w Mohr-Staehelin, podr. — C r e u t z f e l d: Kraus-Brugsch, podr. 10, 2. — E w a l d: Fortschr. Röntg. 18. — G u d z e n t: Berl. klin. Wochschr. 1921. — K r o l l: Syndrome, Berlin 1929. — M a t z d o r f: D. Z. Nervheilk. 76. — O b s t ä n d e r: Mschr. Psychiatr. Bd. 61. — O p p e n h e i m: podręczn. 2. — S c h o b: podr. Kraus-Brugsch'a 10. 3. — T u t y s c h k i n: Neur. Zentrbl. 33.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. SZLAPAKÓWNA Helena. Kraków.

Zakażenia połogowe.
Wartość porównawcza sposobów leczniczych.

Z Państwowej Szkoły położnych.
Dyrektor: Dr. A. M a r k o w a.

Jak powszechnie wiadomo, wśród zakażeń przyrannych zakażenie połogowe zajmuje wyjątkowe miejsce, gdy idzie o łatwość występowania, szybkość szerzenia się i wysoką śmiertelność.

Przyczyna tego zjawiska leży w warunkach anatomicznych, umożliwiających szerzenie się zakażenia wieloma drogami i w wielu kierunkach. Wynikiem wtargnięcia bakteryj do żył bywa ich zakrzepowe zapalenie *(trombophlebitis septica)*, które może stać się wtórnem źródłem zakaźnem. Przez okresowe zasiewanie krwi bakterjami, tkwiącemi w zropiałych skrzepach, zakażenie szerzy się dając obraz ropnicy *(pyaemia)*, lub posocznicy *(septicaemia)*.

Między włókna mięsne macicy do tkanki przymacicznej i do otrzewnej przedostają się bakterje z zakażonych dróg porodowych naczyniami limfatycznemi, dając ropnie a nawet zgorzele mięśnia macicy, zapalenie tkanki przymacicznej i zapalenie otrzewnej.

Z zakażonej błony śluzowej macicy mogą bakterje wędrować bezpośrednio na błonę śluzową jajowodów, do jajników i otrzewnej, powodując stany zapalne i ropnie tych narządów.

Około 3/4 ilości zakażeń według statystyki przeprowadzonej na materjale dostarczonym Państw. Szkole Położnych powodują paciorkowce. (Za beztlenowcami nie śledziliśmy). Na 89 przypadków zakażeń z dodatnim wynikiem badania krwi, było 61 zakażeń paciorkowcami, co stanowi 71% w ogólnej liczbie, 17 zakażeń gronkowcem białym (19%), 4 zakażenia gronkowcem złocistym (4.5%), 5 zakażeń gronkowcem białym i paciorkowcem równocześnie (5.5%), dwa zakażenia pałeczką okrężnicy.

Między naszemi choremi uderza wysoka liczba zakażeń po porodach operacyjnych. Wśród zaś zabiegów nieszczęsne miejsce zajmuje ręczne wyjęcie łożyska, po którem zakażenie wystąpiło w 23 przypadkach na ogólną liczbę 62. Z kobiet zakażonych paciorkowcami — przeszło połowa zmarła, a tylko 1/6 opuściła szpital jako zdrowa. O losie pozostałych z powodu zabrania ich ze szpitala brak wiadomości. Przypuścić jednak należy na podstawie ich stanu ciężkiego, że obciążyłyby jeszcze liczbę zmarłych. W 4

przypadkach zakażenia, gdzie paciorkowiec nie hemolizował, jedna z chorych zmarła, 3 opuściły szpital w beznadziejnym stanie. U 4 innych chorych, u których stwierdzono przy powtórnych badaniach krwi, iż paciorkowiec utracił swe pierwotne własności hemolizujące krew, dwie zmarły, dwie wyzdrowiały. Zbyt mała liczba przypadków nie pozwala wnioskować o zmianie zjadliwości paciorkowców w związku z utratą ich własności hemolizujących.

Ciężki obraz zakażeń przedstawiały dwie chore, z których krwi wyhodowano pałeczki okrężnicy. Jedna zgłosiła się w 5 miesiącu ciąży z dolegliwościami pęcherzowemi, wysoką gorączką i dreszczami. Po dwutygodniowym pobycie opuściła szpital w stanie poprawy. Później się nie zgłosiła. U drugiej wieloródki, wykryto w krwi pałeczki okrężnicy na kilka dni przed wystąpieniem zmian w moczu. Dwukrotne jeszcze badanie krwi stale stwierdzało obecność tych pałeczek. Zmarła po 12 dniach wśród objawów ropnicy, która badaniem anatomo-patologicznem została potwierdzona.

Wracając do dróg zakażenia, z badań przeprowadzonych na zwłokach okazało się, że najczęstszą drogą szerzenia się zakażenia po porodzi· jest jednak system krwionośny, zaś po poronieniach uderza wysoki odsetek zapaleń otrzewnej. W 14 poronieniach — 10 zapaleń otrzewnej, w tem aż w 6 przypadkach zakażenie postępowało przez jajowody. W dużej ilości przypadków drogi zakażenia wikłały się ze sobą.

Najrzadziej spotykamy się z czystem zakażeniem krwi, z posocznicą, prowadzącą szybko do śmierci. W tych przypadkach organizm nie uruchamia nawet swoich sił odpornościowych.

Ciekawe jest zestawienie zakażeń paciorkowcowych i gronkowcowych, gdy idzie o ropnie przerzutowe. We wszystkich niemal zakażeniach gronkowcowych spotykaliśmy się z przerzutami (90%). Paciorkowiec dał tylko 32% przerzutów i prawie taką samą ilość zapaleń otrzewnej.

Przechodzimy teraz do spostrzeżeń, związanych ze stosowaniem rozmaitych metod leczniczych. W ciągu ostatnich 5 lat, badania nasze szły w kierunku ocenienia wartości leczniczej, w pierwszym rzędzie surowic leczniczych, szczepionek i bakterjofagów.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia gorącego podziękowania Państwowemu Zakładowi Higjeny na ręce Dyrektora Dra Celarka. Zakład ten zaopatrywał nas w materjał leczniczy t. j. w surowice i szczepionki w sposób wysoce przystępny i tem umożliwił już zasadnicze przeprowadzenie badań, których kosztów inaczej Państwowa Szkoła Położnych nie byłaby w stanie pokryć.

Szczególnie pragnę podziękować prof. Bujwidowi za wskazówki i pomoc w dostarczaniu oddziałowi bakterjofagów, co było związane każdorazowo z dużem poświęceniem pracy i czasu.

Przy ocenie wyników leczenia zważyć należy, że przeważna liczba chorych przybyła do szpitala już w stanie beznadziejnym z wtórnemi ogniskami i daleko posuniętemi zmianami anatomicznemi, wobec których najsilniejszy środek bakterjobójczy okazuje się bezskuteczny. A przeciwciała podawane z surowicą nie unieszkodliwią już nadmiernej ilości toksyn. Tem bardziej zapóźno już na stosowanie szczepionek a zwłaszcza szczepionek własnych. Wyczerpany ustrój nie posiada na tyle sił odpornościowych, by zadziałać na podnietę ze strony szczepionki własnej. B u m m pisze, że sero- i chemoterapja dlatego jest zniesławiona, iż wymaga się od niej rzeczy niemożliwych. Każde leczenie stosowane zapóźno jest bezskuteczne. Zdaniem Bumma niema i na pewno nigdy się nie znajdzie środka, któryby usunął tak duże zmiany, jak zakrzepowe zapalenie żyły wrotnej, lub ropnie rozsiane w różnych narządach.

Również żadnem leczeniem, mimo wczesnego zastosowania, nie zdołano zatrzymać niektórych zakażeń przebiegających z przerażającą szybkością i bezwzględnie prowadzących do śmierci.

Teoretycznie rzecz biorąc, dodatnich wyników leczenia surowicami i szczepionkami należałoby się spodziewać przedewszystkiem stosując je zapobiegawczo, gdy bakterje jeszcze nie wtargnęły do naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Wyniki potwierdziły te przypuszczenia. Podawaliśmy surowicę przeciw gorączce połogowej chorym, u których badanie krwi było wprawdzie jeszcze ujemne, jednak objawy kliniczne, niejednokrotnie ciężkie, dreszcze, oraz obraz cytologiczny krwi, mogły wskazywać na początek zakażenia. Wszystkie chore w sumie 26 chorych wyszły zdrowe. Po 18 porodach połączonych z ciężkim zabiegiem (w 5 przypadkach ręczne wydobycie łożyska) podawaliśmy surowicę przeciw gorączce połogowej zapobiegawczo przed lub zaraz po operacji. Wszystkie chore wyzdrowiały.

A teraz o przypadkach wczesnego zakażenia. Pierwszy dreszcz, względnie pierwsze podwyższenie ciepłoty ponad 39°, dawało tu podnietę do badania bakterjologicznego, a jego dodatni wynik do natychmiastowego leczenia. Wszystkie chore, które były leczone surowicą, szczepionką wieloważną i własną, wcześnie w wyżej podanem znaczeniu — wyzdrowiały z wyjątkiem dwóch, te obie po ręcznem wyjęciu łożyska. Wszystkie, które przybyły do szpitala w dłuższy czas po wystąpieniu choroby, przy istniejących już przerzutach — zmarły. Jedna z takich chorych, przybyła w 17 dniu po porodzie z zakrzepowem zapaleniem żył udowych. Zastosowano szczepionkę z jej własnych paciorkowców w ciągu 8 tygodniowego pobytu jej w szpitalu. Paciorkowce z krwi nie znikały. Chora po następnych 4 tygodniach leczenia w domu — zmarła.

U 6 położnic między 5 a 12 dniem po zastrzyku, wystąpiły objawy choroby posurowiczej w postaci wysypki i gorączki, zresztą krótkotrwałych, natomiast wstrząsu posurowiczego nie spostrzegaliśmy ani razu.

Wnioski, które się nasuwają na podstawie stosowania wyżej opisanych metod leczniczych są następujące: wyniki stosowania zapobiegawczego surowicy przy porodach podejrzanych o zakażenie lub też, gdzie miały miejsce ciężkie zabiegi operacyjne, dały wynik stuprocentowy. To też ten sposób postępowania będziemy nadal stosować i możemy go gorąco polecić zakładom i lekarzom praktycznym.

Również znakomite wyniki dał ten sposób postępowania w przypadkach wczesnego zakażenia, a doskonały jego wynik świadczy między innemi o wyższości tego sposobu nad szeregiem innych polecanych, a w szczególności nad chemoterapją.

Przypadki ciężkie i leczone późno zawiodły w zupełności.

Osobny rozdział stanowi stosowanie zapobiegawcze surowic i szczepionek nie u położnych lecz u ciężarnych. Tych badań Państw. Szkoła Położnych ze względu na niekorzystne warunki miejscowe, robić dotychczas nie mogła, jakkolwiek uznaje w zupełności ich celowość.

W stosowaniu zapobiegawczem szczepionki paciorkowcowej, szereg autorów otrzymał nadzwyczajne wyniki. Między innemi ateńska klinika podaje o uodpornieniu paciorkowcem 1229 kobiet ciężarnych, z których żadna później nie zachorowała na zakażenie paciorkowcem, podczas gdy z 786 kobiet nieuodpornionych 7 uległo zakażeniu.

Surowicę paciorkowcową wieloważną jak i surowicę przeciw gorączce połogowej, stosowaliśmy codziennie, aż do spadku gorączki, po 50 cm³ domięśniowo.

Szczepionkę pochodzenia P. Z. H. podawaliśmy co trzeci, czwarty lub co piąty dzień, zależnie od odczynu miejscowego i ogólnego, w ilości począwszy od 20, lub 50 miljonów.

Szczepionkę własną podawałam: jedną robioną według sposobu stosowanego w pracowni Prof. Kostrzewskiego, drugą robiłam sama podług sposobu pracowni Prof. Bujwida, i tę stosowałam zaczynając od 0.1 mg hodowli, podwyższając za każdym razem o 100% i więcej, aż do 1 mg. Wyjątek stanowiły przypadki, w których dawkę obniżałam w związku ze stanem chorej.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 23. 1932. W. F i l i ń s k i: Próby leczenia gruźlicy zarazkiem duru brzusznego. — J. F r y d m a n: Przyczynek do sprawy zaburzeń naczynio-nerwowych. — B. P r z e w o l s k i: Współczesne leczenie chirurgiczne ostrych głębokich zakażeń ręki. — E. W a s i l e w s k a-N i r o n o w i c z o w a: Pałeczka okrężnicowa w mleku rynkowem w Warszawie.

Życie Dziecka. Nr. 7. 1932. — M. G r z y w o-D ą b r o w s k a: Samobójstwa młodzieży (c. d.). — J. P e r l-N e u d i n g o w a: Dziecko zacofane umysłowo przed sądem. — A. K l ę s k: Czy rodzice dobrze obserwują swoje dziecko? — T. C h r a p o w i c k i: Ciechocinek — źródło zdrowia i radości dzieci.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 49. 1932. J. R u t k o w s k i: Symptomatologja zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego. — C. R o s e n g a r t e n o w a: Z trudności rozpoznawczych chorób płucnych wieku dziecięcego. — L. K r a s u c k a: Konstytucja a gruźlica.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 50. 1932. F. S i n k o: Surowice krzemionkowe oraz ich przetwory (dok.).

Medycyna Praktyczna. Nr. 11. 1932. M. S t a r o n i e w i c z: Jamy w gruźlicy płuc (dok.). — E. B u d r e w i c z o w a: Leczenie przypadków ropnych buljonem szczepionkowym wg. Besredki.

Folia Morphologica. Nr. 1—2. 1932. S. B i l e w i c z: Badania nad rozwojem potworności podwójnych. — T. R o g a l s k i: Myeloschisis. Hernia spinalis. — E. L o t h: O otworach w wyrostkach poprzecznych kręgów szyjowych wielorybowatych. — F. S ł o n i m s k i i Z. Ł a p i ń s k i: Nowa technika histochemicznego ujawniania hemoglobiny. — L. R e g m u n t-S o b i e s z c z a ń s k i:

Nowa odmiana wzgórka Darwina u ludzi, uzupełniająca klasyfikację Schwalbego. — H. Reiss: Przyczynek do histogenezy gruczołów łojowych u płodów ludzkich.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XI. Z. 5. 1932. S. Winter: Wyniki odległe operowania przepuklin pachwinowych. — A. Wojnicz i J. Wiński: Z kazuistyki wad rozwojowych rąk. — Z. Dziembowski: Znaczenie operacyj zespalających w chirurgji dróg żółciowych. — E. Traczuk: Uwagi w sprawie leczenia wola na podstawie materjału II Klin. Chir. U. W. — W. Ostrowski: Przypadek zadzierzgnięcia jelit cienkich przez uszypułowany tłuszczak krezki.

Zdrowie. Nr. 21—22. 1932. H. Hilarowicz: Zagadnienia lekarskie budowy i urządzenia nowoczesnych klinik i oddziałów chirurgicznych. — B. Ostromęcki: Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łóżek. — St. Stypułkowski: Kwalifikacje Kierownika Ośrodka Zdrowia. — Wł. Prażmowski: Sprawozdanie Komitetu Szczepień Przeciwbłoniczych przy Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Wilnie za czas od 1 maja 1931 roku do 1 lipca 1932 roku. — Wł. Prażmowski: Działalność ekspozytury Państwowego Zakładu Higjeny w Wilnie w zakresie rozpoznawania duru brzusznego i duru plamistego na terenie województwa wileńskiego w okresie od 1 stycznia 1930 r. do 1 września 1932 roku.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 12. St. Fischlowitz: Kryzys ubezpieczeń społecznych. — W. Borkowski: Nowe prawo o sądowem postępowaniu egzekucyjnem a ubezpieczenia społeczne.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 50. 1932. G. Lewin: Ciąża a gruźlica.

Pielęgniarka Polska. Nr. 8—9—10. 1932. H. Halban: Kilka słów o opiece zdrowotnej lwowskich szkół akademickich. — E. Doliński: O pracy profilaktycznej na terenie miasta Lwowa. — A. Dąmbska: Organizacja pracy pielęgniarek społecznych na terenie m. Lwowa.

OCENY.

„L'hypoglycémie. Z przedmową F. Rathery. JEAN SIGWALD. Paryż. G. Doin Co. 1932. str. 320, cena 45 fr.

Sprawa hipoglikemji wysunęła się na jedno z czołowych stanowisk wpośród zagadnień praktyki lekarskiej, dzięki tak szerokiemu dziś zastosowaniu insuliny. To też stanowisko lekarza-praktyka splata się w tej książce stale z stanowiskiem fizjologa-teoretyka czy eksperymentatora. Wyrazem tego jest przeszło 60 protokołów klinicznych autora, odnoszących się do symptomatologji i etjologji hipoglikemji.

W pierwszej części autor omawia szeroko kliniczny zespół objawów hipoglikemji i jej następstw, poświęcając najwięcej miejsca objawom ze strony układu nerwowego. Część ta obejmuje przeszło 100 stron.

Część drugą poświęcił autor omówieniu etjologji hipoglikemji spontanicznej, trzecią hipoglikemji wywołanej, uwzględniając oczywiście przedewszystkiem insulinę. W czwartej części omawia hipoglikemję u zwierząt, głównie na podstawie własnych prac doświadczalnych.

Część piąta przynosi pod niebardzo ścisłym tytułem *„pathogénie"* szkic urządzeń regulacyjnych ustroju, od których zależy poziom cukru w krwi i wyjaśnienie mechanizmu powstawania poszczególnych objawów.

W stosunkowo krótkiej szóstej części znajdzie wreszcie czytelnik terapję hipoglikemji i jej objawów oraz profilaktykę przy leczeniu insulinowem. Obszerny spis piśmiennictwa przedmiotu obejmuje głównie prace francuskie, amerykańskie i niemieckie.

Józef Heller (Lwów).

Le traitement de la tuberculose per l'antigène méthylique. NÈGRE et BOQUET. Str. 236, wyd. Masson et Cie. Paryż 1932.

Jako druga publikacja „Bibljoteki Ftizjologicznej" wydawanej pod redakcją L. Bernarda opuściła prasę książka znanych badaczy z Instytutu Pasteura, których celem było zebranie wszystkich danych dotyczących antygenu metylowego od chwili wprowadzenia go przez autorów do lecznictwa.

W pierwszej części przedstawiają autorzy sposób otrzymania antygenu i wyniki własnych doświadczeń na zwierzętach, które upoważniły ich do zalecenia go jako środka leczniczego w gruźlicy u ludzi. Następnie omawiają wyniki uzyskane przez wielu lekarzy, przedewszystkiem francuskich. Dawkowanie powinno polegać na metodycznem i powolnem zwiększaniu dawek i unikaniu znacznego odczynu ogólnego i ogniskowego. W gruźlicy pozapłucnej należy zacząć od wstrzyknięć podskórnych co 3—4 dni ilości od 1/4 cm^3 roztworu rozcieńczonego antygenu, powtarzanych 5—6 razy, i następnem zwiększaniu dawki o 1/4 cm^3, aż do 1 cm^3, przyczem każdą ilość powtarza się jak przy pierwszej dawce. W dalszym ciągu leczenia przechodzi się do nierozcieńczonego antygenu i postępuje podobnie jak z antygenem rozcieńczonym. W przypadkach odczynu gorączkowego ponad 0,5° C należy przy następnem wstrzyknięciu zmniejszyć dawkę.

Szereg lekarzy uzyskał dobre wyniki przy stosowaniu metody autorów w gruźlicy gruczołowej, stawowo-kostnej, otrzewnej, oka, skóry, błon śluzowych, krtani i narządu moczowo-płciowego. W gruźlicy nerek jest wskazana ostrożność w dawkowaniu; nie powinno się stosować wogóle antygenu nierozcieńczonego. W gruźlicy płuc i opłucnej należy zacząć od 0,1 antygenu rozcieńczonego i bardzo ostrożnie zwiększać dawki o 0,1, by zorjentować się w osobniczej wrażliwości chorego. Spadek na wadze w czasie leczenia jest wskazaniem do zmniejszenia dawki, a nawet zaprzestania dalszego leczenia. Leczenie to jest odpowiednie przedewszystkiem w postaciach przewlekłych i włóknistych gruźlicy płuc, bez większych zwyżek ciepłoty. U dzieci spostrzegano również polepszenie pod wpływem antygenoterapji. Wkońcu przedstawiają autorzy usiłowania miejscowego leczenia antygenem gruźlicy skóry, kości i stawów.

Jakkolwiek wrażenie, jakie odniesie czytelnik tej książki będzie może zbyt optymistyczne, jeśli chodzi o wyniki lecznicze tej metody, to przecież należy podnieść, że autorzy przytaczają również i przeciwne zdania badaczy, którzy nie uzyskali żadnych dodatnich efektów.

W drugiej części książki znajdują się teoretyczne rozważania i wyniki badań eksperymentalnych nad rozmaitemi frakcjami i wyciągami prątka gruźliczego, a w szczególności nad ich stosunkiem do wyciągu z prątków, uzyskanego przez Nègre'a i Boquet'a drogą zadziałania acetonem i alkoholem metylowym („antygen metylowy").

Książka, wydana bardzo starannie, ukazuje się w stosownej chwili, gdy we ftizjologji zaznacza się pewien zwrot ku swoistemu leczeniu gruźlicy.

S. Hornung (Lwów).

L'Asthme Bronchique; ze zbioru *La Pratique Médicale Illustrée* (pod kierunkiem Prof. Sergenta, Mignota i Turpina). PASTEUR VALLERY-RADOT i FRANCOIS CLAUDE. Wydawnictwo E. Doin, Paryż, 1932, Str. 54. Cena 16 franków.

Dychawica oskrzelowa posiada różną etjologję, rozmaite też są jej objawy kliniczne oraz sposoby leczenia. Przeto autorzy w monografji tej nie ujmują tego zagadnienia z jednego tylko punktu widzenia, lecz postępują eklektycznie, przedstawiają rozwój poglądów oraz metod leczniczych lat ostatnich, nie hołdując żadnemu dogmatyzmowi.

W pierwszym rozdziale autorzy omawiają symptomatologję dychawicy oskrzelowej. Początek jest zawsze gwałtowny, zwiastuny rzadko poprzedzają napad. W okresie napadu Bezançon stwierdzał zawsze eozynofilję, natomiast autorzy zgodnie ze spostrzeżeniami Blamontiera i Girouda tylko w 75% przypadków. Autorzy opisują dość szczegółowo poszczególne typy dychawicy oskrzelowej. Pierwszy typ przedstawia czystą dychawicę suchą *(l'asthme franc, l'asthme sec)*. Drugi typ reprezentuje dychawica powikłana rozedmą z przewlekłym nieżytem oskrzeli i sklerozą płucną; dychawica ta jest wilgotna *(asthme intriqué)*.

W drugim rozdziale omawiają równoważniki *(équivalents)* dychawicy w postaci objawów ze strony narządu oddechowego: *„coryza spasmodique", (l'asthme nasal* Besançon, Thiroloix) i *„toux spasmodique" (trachéite i trachéobronchite spasmodiques)*. Równoważnikami dychawicy oskrzelowej są również objawy chorobowe ze strony układu współczulnego, wyrażające się w napadach migreny, w schorzeniach skóry, jako wyprysk, pokrzywka, obrzęk Quinckego, w nagłych napadach biegunek, w napadach nadmiernego wydzielania potu. Są one wyrazem tego samego schorzenia nerwowego, które najczęściej usadawia się w oskrzelach, lecz które może umiejscawiać się i w innych narządach.

W trzecim rozdziale znajdujemy zebrane poglądy ostatnich 30 lat na etjologję i patogenezę dychawicy. Autorzy nie są zwolennikami jednolitej patogenezy przewrażliwości, zwracają uwagę na teren tej „skazy", tworzony przez zaburzenie równowagi czynników nerwowych, oddechowych a w pewnych przypadkach humoralnych. Przyczynami patologicznemi, prowadzącemi do tego stanu są: obciążenie dziedziczne, schorzenia wydzielania wewnętrznego (Widal, Abrami i de Gennes, Biedl), niedomoga wątroby, zakażenia, kiła (Dufour i Flandin), gruźlica, nagły wstrząs ustroju ze wzruszenia.

Czwarty rozdział poświęcony jest diagnostyce; dość obszernie omawiają technikę odczynów skórnych (Prausnitz-Küstner), którym przypisują wielkie znaczenie w „diagnostyce etjologicznej".

Piąty rozdział najdłuższy omawia leczenie. W pierwszym rzędzie autorzy opisują leczenie w okresie samego napadu (adrenalina, efedryna sama lub w połączeniu z atropiną, morfina względnie pantopon, *Belladonna*, atropina, azotyny (proszek Lancelota) wkońcu znieczulenie ogólne chloroformem). Leczenie zapobiegawcze opiera się na zmianie miejsca pobytu, mieszkania, zawodu, klimatu, trybu życia, sposobu odżywiania się i t. p.

Leczenie właściwej choroby idzie w kierunku: zmiany konstytucji astmatycznej (usunięcia zakażenia ustroju przez odpowiednie odżywianie się, higjenę, gimnastykę oddechową: w przypadkach niedomogi wątroby, leczenie tejże; leczenie przy pomocy opoterapji usunie przyczynę uszkodzenia wydzielania wewnętrznego i t. d.); wpływu na układ błędno-współczulny (*Belladonna*, pilokarpina, adrenalina, lub efedryna, gardenal, kauteryzacja nosa lub znieczulanie błony śluzowej kokainą względnie płynem de Bonaina, hydroterapja); zmiany czynnika humoralnego (pepton wśródskórnie, podskórnie i domięśniowo, drogą doustną w przypadkach przewrażliwości pokarmowej (tabletka peptonu „Witte" 0.50), autohemoterapja, autoseroterapja, mleko, surowica końska, szczepionki z drobnoustrojów plwociny (Minet) względnie z drobnoustrojów, wywołujących napady, z prątków Kocha (Bounamour), tuberkulina), krystaloidy (*Calcium chloratum, natrium thiosulfuricum* (Ravaut), *magnesium thiosulfuricum* (Lumiere)), promienie Roentgena, promienie pozafiołkowe. Metody desensybilizacji swoistej opierają się na śródskórnych zastrzykach minimalnych dawek antygenu w przypadkach hipersensybilizacji drogą oddechową; stopniowem podawaniu drogą doustną białka, którego ustrój nie znosi, według metody Pagnieza i Radota (godzinę przed jedzeniem mała dawka szkodliwego pokarmu) w przypadkach hipersensybilizacji na białko pokarmowe; wkońcu w przypadkach hipersensybilizacji z powodu białka drobnoustrojów korzystne są szczepionki z flory drobnoustrojowej dróg oddechowych, przewodu pokarmowego lub z ogniska zakaźnego (szczepionki własne).

Jeśli wszystkie te metody lecznicze nie doprowadzą do celu, pozostaje wówczas jedynie zabieg chirurgiczny w postaci a) jedno — lub obustronnego usunięcia gangljonu, b) przecięcia jednostronnego nerwu błędnego, c) przecięcia włókien nerwowych, idących z *plexus pulmonalis*.

Zdaniem autorów niema szablonu leczniczego, jednej ogólnej metody leczniczej w przypadkach dychawicy. Każdy chory inaczej oddziaływa na rozmaite sposoby leczenia, a najtrudniejszą rzeczą jest właśnie odpowiedni dobór leczenia w danym przypadku.

Monografja ta jest doskonałą odpowiedzią na pytanie: co to jest dychawica oskrzelowa i jak należy ją leczyć? Autorzy przedstawili w jasny, może jednak w zbyt zwięzły sposób obecny stan nauki o tem zagadnieniu. Monografja obfituje w szereg krytycznych uwag oraz oryginalnych myśli autorów, a wartość jej podnosi jeszcze okoliczność, że oparta jest na długoletniem doświadczeniu autorów, zajmujących się specjalnie tem zagadnieniem.

Ungar (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Hormon jądrowy. J. LORENZINI. Pres. Méd. 25, 1932.

Autor omawia badania przeprowadzone nad hormonem jądrowym i zaznacza, że właściwem kryterjum obecności tego hormonu może być tylko próba z grzebieniem trzebionego koguta, ponieważ wszystkie inne próby są niespecyficzne dla hormonu męskiego. Następnie podaje, że badacze włoscy Frattini i Maino opierając się na podobieństwie folikuliny, hormonu jajnikowego, do hormonu jądrowego, otrzymali z jąder bydlęcych krystaliczne ciało, posługując się metodą wyosabniania wypracowaną dla folikuliny. Kryształki tego hormonu męskiego swojemi własnościami fizycznemi i chemicznemi podobne są do folikuliny, a 2 mg tego ciała zawiera 1 jedn. kogucia (powoduje wzrost długości grzebienia o 10 mm w ciągu 10 dni przy codziennem wstrzykiwaniu). Hormon ten nie zawiera azotu podobnie jak folikulina. Autor przypuszcza, że oba hormony płciowe (z jądra i z jajnika) działają identycznie na narządy płciowe, t. j. hormon jądrowy wywołuje także ruję, a folikulina daje pozytywne reakcje polecane jako specyficzne dla hormonu męskiego, jak wzrost pęcherzyków nasiennych, stercza i t. p., — tylko wtórorzędne cechy płciowe są właściwe dla danego hormonu płciowego. *Skowroński* (Lwów).

Interrenalismus i wpływ nadnerczy na zmianę cech płciowych. J. BAUER C. V. MEDVEI. D. Med. Wochschr. Nr. 42. 1932.

Opis przypadku 9-letniej dziewczynki, somatycznie i płciowo nad wiek rozwiniętej, o obojnaczych cechach płciowych. Za przyczynę tych objawów uważają autorzy nadczynność nadnerczy, rozpoczętą w danym przypadku w życiu płodowem, przypisując nadnerczom zależnie od okresu rozpoczęcia ich nadczynności wpływ na późniejsze zróżnicowanie aparatu płciowego i drugorzędnych cech płciowych, wzgl. zmianę płci w kierunku płci przeciwnej. *J. Eichel* (Lwów).

Amfotropizm odruchu ze strony sinus caroticus. DANIELOPOLU, J. MARCU, G. G. PROCA i ASLAN. Pres. Méd. 26. 1932.

Odruch wywołany przez ucisk zatoki doglowowej, wyrażający się zazwyczaj zwolnieniem akcji serca i spadkiem ciśnienia krwi, nie może być tłumaczony podrażnieniem układu parasympatycznego, jak to sądzą niektórzy badacze. Badania doświadczalne przeprowadzone przez autorów u zwierząt i ludzi wskazują, że ten odruch jest amfotropiczny, t. zn. że równocześnie występuje podniecenie układu sympatycznego i parasympatycznego z przewagą któregoś z nich i to zależnie od różnych okoliczności. Mianowicie u psa, jeśli chodzi o serce, jest przewaga grupy nerwów podniecających, natomiast ze strony naczyń jest przewaga nerwów hamujących. U kota i małpy może odruch ten wywołać wzrost lub spadek ciśnienia, albo też krzywa ciśnienia może mieć przebieg dwufazowy i to czasem różnie u tego samego zwierzęcia. Podobnie zachowuje się też ciśnienie krwi u człowieka. U zwierzęcia zależnie od rytmu serca można wywołać podniecenie akcji serca albo też zwolnienie, jeśli oba nerwy błędne są przecięte, to występuje ekstrasystola lub częstoskurcz. Przecięcie wszystkich nerwów dochodzących do zatoki doglowowej nie wywołuje nadciśnienia ani też trwałego częstoskurczu, jakby to należało przypuszczać, gdyby odruch ten miał tylko hamować układ krążenia. Podobnie i u chorych na uwiąd rdzenia, u których wskutek zwyrodnienia dróg czuciowych niema odruchu zatokowo-doglowowego, mimo to nie spotyka się częstoskurczu i nadciśnienia.

Skowroński (Lwów).

Unerwienie połączeń stawowych kręgów pacierzowych. A. JUNG i A. BRUNSCHWIG. Pres. Méd. 17. 1932.

Autorowie badali histologicznie zachowanie się nerwów w zakresie stosu pacierzowego. Stwierdzili, że szczególnie obficie występują nerwy w więzadłach przednich, natomiast boczne i tylne są znacznie uboższe we włókna nerwowe. Tarcze międzykręgowe nie zawierają elementów nerwowych. Włókna nerwowe stwierdzone w więzadłach kręgowych są pozbawione osłonki myelinowej.

Skowroński (Lwów).

Mikrobiologja.

O stosunkach, jakie istnieją pomiędzy alergją na tuberkulinę a odpornością w gruźlicy. A. CALMETTE. Annales de l'Institut Pasteur T. XLIX. Nr. 3. Sept.

Alergja różni się zasadniczo od anafilaksji. Wstrząs anafilaktyczny wywołać można tylko tą samą substancją, którą uczulano. Tuberkuliną nie można wywołać anafilaksji. Alergję tuberkulinową może wywołać tylko zakażenie prątkiem gruźlicy. „Alergja jest reakcją, która odkrywa stan infekcji". Czasowo może ją maskować inna alergja (koklusz, grypa i t. p.). Alergja trwa tak długo, jak długo trwają uszkodzenia wywołane „symbiozą prątkowo-komórkową", które też ją powodują.

Autor nie wierzy, by alergja odkrywała nam jakiś stan odporności tak, jak odkrywa stan infekcji. Motywy: 1) Organizmy z natury odporne przeciw gruźlicy, nie są nigdy alergiczne, mimo zaszczepienia im nawet bardzo zjadliwych prątków. 2) Organizmy wrażliwe, zaszczepione i odporne na superinfekcję, nie zawsze wykazują alergję. 3) Niektóre czynniki anergizujące, jak promienie pozafiołkowe, zawieszają alergję, nie naruszając odporności. 4) Można wywołać przyzwyczajenie do tuberkuliny (np. tuberkulinoterapja gruźlicy); znika wówczas alergja, a odporność nawet wzrasta. 5) Murzyni, angażowani do kopalń w Afryce południowej, posiadają silną alergję na tuberkulinę, a wydaje się, że nie posiadają żadnej odporności; czem silniejsza u nich infekcja, tem silniejszy odczyn alergiczny. Alergja jest tylko alarmem zwracającym uwagę na obecność infekcji. Pojawia się ona, gdy życie symbiotyczne prątka z komórką makrofagiem ,wywoła to, co autor nazywa *„tubercule élémentaire"*. Alergja nie pozwala wnosić o stopniu zakażenia, lecz stwierdza stan premunicji *(„prémunition")*, to jest odporności na superinfekcje, co jest szczególnie wartościowe w odniesieniu do osobników szczepionych prątkiem BCG. Wniosek praktyczny: w pewnych krajach (W. Brytanja, Stany Zjedn., Danja), ilość zgonów na gruźlicę od paru lat maleje,

mimo że nie zaprowadzają tam na wielką skalę szczepienia BCG. Należałoby stwierdzić, czy alergja u ludności pozostaje, co świadczyłoby o niezjadliwem zakażeniu i było objawem wielce korzystnym, czy też znika, co „groziłoby kiedyś zdziesiątkowaniem ludności przez gruźlicę". Wniosek ogólny: ponieważ alergja jest dowodem dobrotliwej i trwającej infekcji, a w związku z tem jedynej odporności, jaka przy gruźlicy istnieje, należałoby alergizować (szczepem BCG) wszystkich ludzi zaraz po urodzeniu. Tę prawdę podaje autor pod rozwagę „władz sanitarnych wszystkich narodów cywilizowanych". *Kielanowski* jun. (Lwów).

O grupie chorób wysypkowo-durowych. L. ANIGSTEIN. Warsz. Czas. Lek. Nr. 18 z 1932 r.

Łańcuch epidemjologiczny duru wysypkowego, składający się jedynie z 2 ogniw: Człowiek chory — wesz zakażona, wystarczy do wytłumaczenia epidemjologji tego schorzenia w obrębie jednego zimowego sezonu. Biorąc jednak pod uwagę: 1) Dłuższe przerwy między sezonami w porze letniej, 2) krótkie życie zakażonej wszy (2 tygodnie), 3) nieprzechodzenie *Rickettsji* na potomstwo wszy zakażonej, musimy konsekwentnie przyjąć istnienie jeszcze trzeciego ogniwa: jakiegoś biologicznego rezerwuaru zarazka w naturze istniejącego, niezależnie od przenosiciela (wszy). Taki stały rezerwuar zarazka został już z całą ścisłością stwierdzony w szeregu chorób zakaźnych, mających z durem osutkowym wielkie podobieństwo kliniczne, serologiczne (odczyn Weil-Felixa), i epidemjologiczne (nie istnieje zakażenie bezpośrednie przez kontakt, a zawsze tylko za pośrednictwem przenosiciela). I tak we *Fièvre exanthématique,* chorobie występującej na południowych wybrzeżach Europy, głównie na Rivierze francuskiej, stwierdzili Durand i Conseil, że przenosicielem zarazka jest kleszcz *Rhipicephalus sanguineus,* pasorzytujący na psach. Pies odgrywa więc w epidemjologji tego schorzenia rolę rezerwuaru zarazka.

Analogiczne zjawiska spotykamy w całym szeregu innych chorób wysypkowo-durowych, przedewszystkiem w gorączce plamistej Gór Skalistych Ameryki Północnej. Zarazki z grupy *Rickettsia* roznoszone bywają przez kleszcza *Dermacentor,* którego larwy pasorzytują na różnych gryzoniach, zaś rozwinięte kleszcze na bydle rogatem. Larwa przekazuje zarazek dalszym stadjom rozwojowym, a samica kleszcza potomstwu. Mamy tu więc dwa rezerwuary: zwierzę ciepłokrwiste i kleszcz, który jest jednocześnie rezerwuarem i przenosicielem. W t. zw. chorobie Brilla, szerzącej się nagminnie w południowo-wschodnich Stanach Zjednoczonych, podobnej zupełnie do łagodnie przebiegającego duru wysypkowego, nosicielami zarazka są prawdopodobnie szczury, a przenosicielem pchły. Podobnie przedstawia się sprawa w durze plamistym meksykańskim, nosicielami i rezerwuarem są szczury, przenosicielami wszy i pchły. Zkolei przechodzi autor do swych własnych badań nad epidemjologją tyfusu tropikalnego, rozpowszechnionego na półwyspie Malajskim, a pokrewnego również pod względem klinicznym, serologicznym i histopatologicznym naszemu tyfusowi plamistemu. W obrzękłych jądrach świnek morskich zakażonych sztucznie krwią chorych ludzi, znalazł autor biegunowo barwiące się drobnoustroje, odpowiadające typowi *Rickettsia.* Zawiesina jądra chorej świnki — zastrzyknięta człowiekowi — wywoływała typowe schorzenie po 11 dniach.

Autor sporządził z hodowli szczepionkę. Z pośród szczepionych dwukrotnie kulisów — nie zauważono w ciągu 1/2 roku ani jednego przypadku choroby. Epidemja panowała jedynie wśród nieszczepionych. Rezerwuar naturalny zarazka odkrył autor w szczurze malajskim. Zakażony i chory szczur wykazuje w jądrach zmiany analogiczne do tych — jakie spotyka się u sztucznie zakażonych świnek. Drobnoustroje typu *Rickettsia* występują tu jakby w czystych hodowlach. Natomiast co do przenosiciela — sprawa nie jest jeszcze ściśle wyjaśniona. Pajęczaków pasorzytujących na szczurach nie spotyka się na ludziach. Autor przypuszcza, że zakażenie dokonywa się albo bezpośrednio, przez ścisły kontakt kulisów ze szczurami, albo zarazek przenoszony być może przez ektoparazyta szczura, który jedynie przejściowo i krótko przebywa na człowieku (pchła). Autor kończy swą pracę doniesieniem, że podjął badania nad ewentualną rolą szczurów dzikich w epidemjologji tyfusu plamistego na terenie Polski.

N. N. (Lwów).

Zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych w świetle badań doświadczalnych. P. ZDRODOWSKIJ (Leningrad). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 6, 1932.

I. Autorowi wspólnie z E. Woroninową udalo się po raz pierwszy wywołać doświadczalnie u królików zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych. Dotąd wyniki dodatnie uzyskiwano tylko na małpach. Autor wprowadza 0,5 cm^3 hodowli meningokoka do przestrzeni podpajęczynówkowej zapomocą nakłucia potylicznego. Zakażenie udaje się zarówno hodowlą typu A jak i typu B. Na 28 hodowli użytych do doświadczeń (15 typu A i 13 typu B) uzyskano wynik dodatni z zejściem śmiertelnem w 23 przypadkach; w 5 przypadkach zakażenie również nastąpiło, lecz zakończyło się wyzdrowieniem. Dawka — 2 miljardy bakteryj.

II. Ponadto autor pracował nad zagadnieniem działania endotoksyny meningokokowej. Autor wprowadzał do przestrzeni podpajęczynówkowej dawkę tolerancyjną gotowanej zawiesiny np. 2 miljardy zabitych ciał bakteryjnych (dla królika nieszkodliwą jest nawet dawka podwójna), łącznie z nieszkodliwą dla królika dawką hodowli żywej (1/2—1/4 dawki śmiertelnej). U zwierząt rozwijało się zakażenie meningokokowe o przebiegu burzliwym. Zwierzęta ginęły do 10—15 godzin. Autor sądzi, że w tych warunkach endotoksyna działa jak „agresyna" (Bail'a) paraliżując obronne własności ustroju (fagocytozę). Zjawisko to może zachodzić również u ludzi. Np. zastosowanie, w celach leczniczych, surowicy niepełnowartościowej może pogorszyć sprawę przez wywołanie częściowej bakterjolizy z wydzieleniem endotoksyny, która nabiera cech „agresyny".

III. Wprowadzenie dożylne i podskórne zawiesiny żywych i zabitych meningokoków nie uodparnia królików przeciwko zakażeniu podpajęczynówkowemu. Dopatrując się przyczyny tego zjawiska w nieprzepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych dla przeciwciał krążących we krwi, autor uprzednio mieszał surowicę królików uodpornionych z zarazkiem. Wprowadzenie tej mieszaniny do przestrzeni podpajęczynówkowej pozostawało bez efektu. Stąd autor wnioskuje, iż w praktyce należy wprowadzać surowicę do kanału mózgowo-rdzeniowego. Surowice odpornościowe są ściśle swoiste. Surowica typu A chroni króliki przed śmiertelną dawką meningokoka typu A, natomiast jest zupełnie bezskuteczna przy zakażeniu zwierzęcia typem B. Stąd, w praktyce, dopóki typ drobnoustroju nie jest ustalony, należy stosować surowicę wieloważną; po określeniu zaś typu, należy przejść na surowicę swoistą. *W. Lewiński* (Lwów).

Przyczynki doświadczalne do sprawy poszczepiennego zapalenia mózgu. Z. SZYMANOWSKI i N. ZANDOWA. Med. Dośw. i Społ. Z. 1, 2. T. XIV. 1931.

Dzieci, szczepione ochronną szczepionką przeciwospową, zapadają w pewnym odsetku na ciężkie zapalenie mózgu i rdzenia, niekiedy kończące się nawet śmiercią. Szczepienie ma tutaj niewątpliwie znaczenie czynnika przyczynowego. Zachodziło jednak pytanie, jakie znaczenie w tem zapaleniu ma zarazek ospowy. Ciekawem było, że w 2 przypadkach udało się wywołać charakterystyczne zmiany w skórze i rogówce królika po szczepieniu mózgiem dziecka, zmarłego na poszczepienne zapalenie mózgu, natomiast nie udało się wywołać zapalenia mózgu królika po wprowadzeniu pod oponę miazgi mózgu takiego dziecka — widocznie potrzeba było specjalnych warunków lub zarazek był za mało zjadliwy. Pokazało się, że mózg królika jest za mało wrażliwy, w przeciwieństwie do mózgu małpy.

Ostatnio przekonano się, że zarazek ospowy może umiejscawiać się w mózgu i może w nim wywoływać zmiany zapalne, chodzi tylko o przerwanie barjery nieprzepuszczającej go do mózgu. Autorowie wykonali szereg doświadczeń, w których starali się przed szczepieniem osłabić tę barjerę zapomocą niszczenia opon, przez podanie do worka oponowego glukozy, zatruwanie zwierząt gazem świetlnym i blokadę zapomocą błękitu trypanu. Otóż nigdy nie udało się autorom u tych zwierząt otrzymać obrazu klinicznego, dowodzącego przeniknięcia zarazka do mózgu po wprowadzeniu zarazka doskórnem lub dojądrowem. Jedynie bezpośredniem wprowadzeniem zarazka wzmocnionego w postaci neurolapiny autorowie mogli wywołać objawy nerwowe. Natomiast w 2 przypadkach, wolnych od objawów mózgowych, po wprowadzeniu glukozy, zatruciu gazem świetlnym i blokadzie błękitem trypanu stwierdzono zmiany histologiczne w mózgu pod postacią nacieczeń z komórek jednojądrzastych. *Nowicki* (Lwów).

Wpływ oliwy i tranu rybiego na gruźlicę doświadczalną świnki morskiej i królika. L. NÈGRE. Annales de l'Institut Pasteur T. XLIX, 3.

Autor stwierdził doświadczalnie, (podaje protokoły doświadczeń, fotografję i rysunki schematyczne), że tak u świnek morskich jak i u królików, zakażonych typem ludzkim lub bydlęcym gruźlicy, podowanie podskórne lub doustne oliwy z oliwek naturalnych lub wyjałowionych lub też tranu rybiego wywołuje przyśpieszenie rozwoju gruźlicy i objęcie przez nią większej ilości narządów. Fakt ten występuje wyraźniej przy podawaniu podskórnem. Autor przypomina, że jak to wykazał Fontès, a sam miał możność sprawdzić, można łatwo hodować prątka Kocha na żelatynie z dodatkiem substancyj tłuszczowych jak tran, oliwa, albo wyciągi substancji tłuszczowej prątków. *Kielanowski* jun. (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięcie.

W sprawie leczenia agranulocytozy naświetlaniem promieniami Roentgena i przetaczaniem krwi. A. HARTWICH. Klin. Wschr. Nr. 3., 1932.

Friedemann był pierwszy, który zastosował naświetlanie promieniami Roentgena kości długich celem leczenia agranulocytozy. W r. 1927 ogłasza on 4 wyleczone przypadki, leczone naświetlaniem, co należy podnieść wobec tego, że z 47 przypadków tej choroby dotąd opisanych 43, a z 23 spostrzeganych przez Friedemanna 21 zakończyło się śmiertelnie. Samoistne wyleczenie należy do wyjątków. W r. 1930 Friedemann i Elkeles przedstawili wyniki leczenia Roentgenem w agranulocytozie. Z 43 przypadków leczonych zmarło wskutek powikłania posocznicą i zapaleniem płuc 23. Z pozostałych w 5 przypadkach nastąpiła śmierć w 36 godzinach po rozpoczęciu leczenia. Niepowikłanych przypadków pozostało 15, z tego 13 było wyleczonych. Autor zdaje sprawozdanie z 10 przypadków agranulocytozy, z których kilku było leczonych Roentgenem, część zaś przetaczaniem krwi.

Otóż autor dochodzi do wniosków następujących: Leczenie Roentgenem agranulocytozy, szczególnie przypadków z nawrotami, daje przemijające wzmożenie ilościowe granulocytów; to samo można otrzymać po injekcjach mleka i omnadyny.

Przetaczanie krwi powoduje niekiedy doraźne krytyczne lub lityczne opadnięcie gorączki, oczyszczanie się zmian martwiczych w gardle, wzmożenie ilościowe granulocytów. Ale także te następstwa mają charakter przejściowy. Autor podnosi brak zależności gojenia się zmian skórnych i błony śluzowej oraz obniżenia ciepłoty od ogólnej liczby ciałek białych. W przypadkach ciężkich z wysoką ciepłotą należy stosować przetaczanie krwi, zwłaszcza że w kilku przypadkach otrzymano nawet wyleczenie.

Nowicki (Lwów).

O przewlekłej bezobjawowej agranulocytozie. Th. DOXIADES. Klin. Wschr. Nr. 10, 1932.

Wobec dużej różnicy zapatrywań na obraz chorobowy agranulocytozy, jej przebieg i zejście podaje autor trzy przez siebie spostrzegane przypadki tej sprawy o przebiegu przewlekłym i naogół dobrotliwym. W jednym z nich zmniejszenie się liczby ciałek jądrzastych trwa z pewnemi przerwami przynajmniej od trzech lat, w którym to czasie chora przebyła parokrotnie sprawy infekcyjne, podczas których stwierdzono bardzo niskie, ale także i wyższe liczby ciałek białych. Przejście od stanu prawie zupełnego braku granulocytów aż do prawidłowej ich liczby nastąpiło w tym przypadku bez żadnego leczenia.

Karasiński (Kraków).

Przyczynek do kliniki erytremji. H. PULFER. Med. Klin. Nr. 3, 1932.

Autor opisuje przypadek *policythaemia rubra* przebiegającą z żółtaczką i krwotokami prowadzącemi do ciężkiej niedokrwistości wtórnej, połączonej z odczynem białaczkowym. Przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem.

Godłowski (Kraków).

Wiek a dyspozycja do błonicy. F. REICHE. Med. Klin. Nr. 3, 1932 r.

Od chwili urodzenia dyspozycja do błonicy wzrasta do mniej więcej 5 roku życia, poczem stopniowo maleje. Tłumaczy się to nabywaniem odporności z biegiem życia.

Godłowski (Kraków).

Znaczenie soli metali ciężkich w leczeniu niedokrwistości. K. W. SCHULTZE. Klin. Wschr. Nr. 12, 1932.

Autor przeprowadził doświadczenia na młodych szczurach karmionych wyłącznie mlekiem krowiem dla wywołania niedokrwistości. Zwierzętom tym dodawano do karmy żelazo, jużto samo, już też razem z innym metalem z najbliższych mu w perjodycznym szeregu pierwiastków (kobalt, nikiel, miedź). Okazało się, że sole tych metali bez udziału żelaza działają pobudzająco na wytwarzanie się krwinek czerwonych, ale nie wpływają na syntezę hemoglobiny. Zwiększenie się ilości Hb spostrzega się dopiero po dodaniu żelaza.

Karasiński (Kraków).

Niedokrwistość złośliwa a gruźlica płuc. N. LEVIN. Med. Klin. Nr. 8, 1932.

Autor po opisie współistniejącej gruźlicy płuc w postaci wysiękowego zapalenia opłucnej z niedokrwistością złośliwą, zastanawia się nad rzadkością tego zjawiska. Przytacza liczne zapatrywania autorów, ostatecznie dochodząc do wniosku, że przyczyną tego jest drażniące działanie toksyny gruźliczej na szpik kostny w podobny sposób, jak działa nieznana substancja w wątrobie i błonie śluzowej żołądka.

Godłowski (Kraków).

Zachowanie się gazów krwi w czerwiaczkach. O. KLEIN, W. NONNENBRUCH. Med. Klin. Nr. 8, 1932.

W przypadku *policythaemia rubra* o typie mięszanym Vaquez-Osler-Gaisböck badano zachowanie się gazów krwi. Przeciętna ilość krwi krążącej wynosiła 10,8 l. Pojemność minutowa i wysycenie krwi tętniczej tlenem były prawidłowe, natomiast szybkość przepływu krwi była znacznie zwolniona, co było momentem kompensacyjnym. Różnica zawartości tlenu w krwi żylnej i tętniczej mimo zwolnionego przepływu krwi nie przekraczała wartości prawidłowych, dzięki działaniu buforowemu hemoglobiny. Jako wyraz dostosowania się do nadmiaru tlenu istniało wzmożenie przemiany materji podstawowej o 20%.

Godłowski (Kraków).

Uszkodzenia naczyń na kończynach dolnych, zwłaszcza miażdżycowe i ich leczenie. Dr. A. MLADEK. Praktický Lékař, Z. 10, 1932.

Na ogólną liczbę 11.715 chorych, leczonych w zakładzie zdrojowym w Podebradach przez okres ostatnich 6 lat, było 212 przypadków podejrzanych o schorzenia naczyń kończyn dolnych. U 113 stwierdzono objawy ogólnej miażdżycy, w 2 przypadkach cukrzyca, w kilku innych kiła były prawdopodobną przyczyną dolegliwości. W żadnym przypadku nie można było wykazać pochodzenia zakaźnego. Zarostowi naczyń towarzyszą bóle stałe i napadowe, przełomy naczyniowo-ruchowe, utykanie przestankowe, obrzęki, zanik mięśni i porażenia, zgorzel oraz zmiany troficzne. Badając chorego stwierdzamy palpacją tętno na kończynach dolnych, mierzymy ciśnienie krwi. Prawidłowo zachodzi mała różnica pomiędzy maksymum ciśnienia na górnych a maksymum na dolnych kończynach. W przypadku zarostu tętnicy spostrzegamy znaczny spadek ciśnienia maksymalnego, niekiedy aż do 0. We Francji ogólnie przyjęte jest mierzenie oscylometrem Pachona. W przypadkach podejrzanych o skurcz naczyń przeprowadza się próbę Heitza (przy pomocy ciepłej kąpieli). Oscylometr po ciepłej kąpieli wykazuje wzrost wskaźnika oscylacyjnego oraz wzrost krzywej. Dalszą metodą rozpoznawczą jest asterjografja, próba Moschowitza i jej modyfikacja Lejarsa. Leczenie zarostu tętnicy jest dwojakie: ogólne i miejscowe. Leczenie ogólne jest higjeniczno-dietetyczne; główną zasadą jest unikanie alkoholu, tytoniu, kawy i herbaty. Strzec się należy ołowiu, a kobiety chronić się muszą przed odmrożeniem.

Ungar (Lwów).

Przecukrzenie krwi i cukromocz nietrzustkowego pochodzenia. J. PENSON. Warsz. Czas. Lek. Nr. 19. z 1932 r.

28-letnia chora ulega w 4 miesiącu po porodzie połowiczemu porażeniu, które częściowo ustępuje. W moczu cukier, którego ilość nie daje się opanować insuliną. Ani zwiększenie ani ograniczenie ilości węglowodanów w diecie nie wpływa na poziom cukromoczu. Prócz tego brak objawów towarzyszących cukrzycy jak wychudzenie, żarłoczność, zwiększone pragnienie i in. Badanie krzywej glikemicznej wykazuje: Naczczo poziom cukru dwa razy wyższy od normy. Krzywa glikemiczna po podaniu glukozy szybko podnosi się, ale również szybko spada (po 2 godzinach poziom niższy niż naczczo), co dowodziłoby wydolności trzustki. Próg nerkowy u chorej dopiero powyżej 260 mg % cukru we krwi, co wyklucza *diabetes renalis*, bo wówczas próg nerkowy byłby obniżony. Rozpoznano cukromocz pochodzenia centralnego, spowodowany wylewem krwi do mózgu. Insulina w tych przypadkach nie usuwa zaburzenia gospodarki węglowodanowej, zależy ono bowiem od momentu, który automatycznie podnosi poziom glikemji. Nic dowodzi to jeszcze oporności względem insuliny, gdyż u owej chorej insulina wybitnie obniżała krzywą glikemiczną alimentarną, tak dalece, że przychodziło do objawów hipoglikemicznych. Możnaby tu mówić raczej o przewrażliwości na insulinę. Leczono chorą tylko dietą, ubogą w węglowodany, by nie obciążać i nie wyczerpywać aparatu trzustkowego.

N. N. (Lwów).

Wpływ wyciągów wątroby u chorych z cukrzycą. H. STEINITZ. Klin. Wschr. Nr. 5, 1932.

Blotner i Murphy ogłosili, że podawanie wątroby, t. j. wodnych wyciągów lub w postaci wątroby sproszkowanej ma obniżać poziom cukru we krwi u ludzi zdrowych i chorych z cukrzycą. Wyszli oni ze spostrzeżeń, że w leczeniu wątrobą niedokrwistości złośliwej pojawiają się objawy podobne do hipoglikemji insulinowej. Myśl leczenia chorych z cukrzycą zapomocą wątroby znana była jeszcze wkońcu stulecia ubiegłego, a francuscy badacze ogłaszali korzystne wyniki, otrzymane u chorych z cukrzycą leczonych tym sposobem. Autor przeprowadził też szereg prób z tem leczeniem, posługując się wyciągiem z wątroby cielęcej lub wątrobą sproszkowaną — preparatami, sporządzonemi przez firmę Promonta.

Doświadczenia robił u osobników po próbnym obiedzie bez cukru i z cukrem, w innej grupie badał wpływ wyciągów wątroby na zachowanie się cukru we krwi u lekkich diabetyków, w innej

wreszcie podawał diabetykom mieszankę insuliny i wyciągu z wątroby doustnie. Wyniki wszystkich doświadczeń były ujemne co do obniżającego wpływu wyciągów wątroby na poziom cukru we krwi. *Nowicki* (Lwów).

Uraz a cukrzyca. H. LIEBIG. Med. Klin. 11, 1932.

Uraz psychiczny może być uważany jako przyczyna wystąpienia objawów cukrzycy przyjmując jako wytłumaczenie konstytucjonalną niedomogę aparatu wysepkowego trzustki. Również stany lekkiej cukrzycy wskutek urazu psychicznego mogą ulec znacznemu pogorszeniu. Jako cukrzycę pourazową możemy przyjąć tylko wtedy, gdy objawy zupełnie pewne są trwałe.

Godlowski (Kraków).

Nerwica pokwitania, stan głodowy i niedomoga nadnerczy. LEICHTENTRITT. Med. Klin. Nr. 11, 1932.

Pacjentka w okresie pokwitania, w związku z pierwszą miesiączką doznała zaburzeń psychicznych prowadzących do wstrzymywania się od przyjmowania pokarmów, co doprowadziło do bardzo silnego zaparcia, pogłębiającego przekonanie chorej o swem schorzeniu. Po pewnym czasie wystąpiły objawy niedomogi nadnerczy w formie osłabienia mięśni, limfocytozy, obniżenia parcia krwi, objawów lekkiej niedomogi m. sercowego, zwolenienia tętna, pigmentacji. Objawy te przypominały zespół choroby Addisona. Poziom cukru we krwi zachowywał się prawidłowo, a pigmentacje okazały się cechą rodzinną. W przypadku tym przyjmuje autor niedomogę nadnerczy powstałą na tle silnego wygłodzenia.

Godlowski (Kraków).

Rozpoznawcze znaczenie krwawych wymiotów. RIVERS i WILBUR. The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1932, V. 98., str. 1629.

Autorzy badali 668 przypadków krwawych wymiotów, z których 432 kontrolowane były operacją. Z pracy tej wynika, że najczęstszą przyczyną *haematemesis* jest schorzenie błony śluzowej żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego (90%). Trawienny wrzód żołądka i dwunastnicy był w 75% przyczyną krwawienia. Wrzód dwunastnicy wywoływał krwawe wymioty w 50% przypadków, żołądka tylko w 6.4% przypadków. Rak żołądka krwawi bardzo rzadko obficie, a w 13% doprowadzał do *haematemesis.* Nowotwory dobrotliwe krwawią rzadko lecz obficie. Z innych przyczyn najważniejsze miejsce zajmują krwawienia z żylaków (5.1%). Żylaki w przełyku i żołądku powstają najczęściej przy marskości wątroby i *anaemia splenica.* Pozostały 4.5% *haematemesis* przypada na rzadkie przypadki *appendicitis, cholecystitis,* hemofilji, skazy krwotocznej, żółtaczki hemolitycznej oraz na przypadki, w których zabieg operacyjny przyczyny nie wykazał.

Autorzy są zwolennikami leczenia wyczekującego i objawowego nawet w przypadkach, w których przyczyny krwawienia nie znamy. Dopiero po ustaniu krwawienia należy badać i szukać za dokładnem rozpoznaniem i stosować leczenie chirurgiczne. Zbyt pochopne leczenie chirurgiczne często nie jest w stanie zatrzymać krwawienia, a ogólnie leczenie chirurgiczne krwawych wymiotów wykazuje wyższą śmiertelność aniżeli wyczekujące.

Ungar (Lwów).

Powstawanie i formy żółtaczek. T. BRUGSCH. Med. Klin. Nr. 14, 1932.

Przytacza zapatrywania różnych autorów na mechanizm powstawania żółtaczek. Sam ze względu na zmiany barwne skóry odróżnia typy żółtaczek: *subicterus,* ze słabo żółtem zabarwieniem skóry, o zawartości 0,6—2 mg % bi w surowicy krwi, *icterus levis,* o kolorze żółtym aż do koloru żółtoczerwonego, o zawartości 2 do 10 mg % bi w surowicy krwi, żółtaczkę bilirubinową o zabarwieniu skóry czerwono-brunatnem przy zawartości bi 10—40 mg %, żółtaczkę biliwerdynową o kolorze zielonkawym aż do żółto-zielonego z bilirubinemją 6—12 mg %, *melas icterus* z zabarwieniem szarozielonem lub szaro-bronzowem o bilirubinemji 12—20 mg %, *flavinicterus* o kolorze cytrynowo-żółtym przy bladej skórze, bilirubinemji 0.5—6 mg %. Szczególne znaczenie ma mieć *melas icterus* dowodząca chronicznej niewydolności wydzielniczej barwikowej przez miąższ wątroby.

Godlowski (Kraków).

Zjawienie się objawów kamicy żółciowej w przebiegu kuracji odtłuszczającej. G. HETNYI. Med. Klin. Nr. 18, 1932.

Opisuje przypadki osób otyłych, które w przebiegu kuracji odtłuszczającej cierpiały na dolegliwości kolki żółciowej. Samych kamieni jednak nie udało się stwierdzić. Znamiennem jest, że otyłość usposabia do kamicy, czasami przed wystąpieniem objawów kamicowych osobnicy tyją, tem więc ciekawsze jest zjawianie się tych dolegliwości w czasie chudnięcia. Autor to tłumaczy tem, że mobilizowane masy tłuszczu w czasie chudnięcia obciążają zbytnio czynnościowo miąższ wątroby powodując te dolegliwości. Przerwanie tej kuracji usuwa owe objawy.

Godlowski (Kraków).

O porażeniu nerwów pochodzenia zębowego. J. FRIDRICHOVSKY. Bratisl. Lék. Listy. z. 4, 1932.

Autor omawia przyczyny porażenia nerwu podbródkowego *(n. mentalis).* Wspomina przypadki z piśmiennictwa i opisuje własny przypadek porażenia dolnej gałęzi nerwu twarzowego, którego przyczyną była olbrzymia warstwa cementu, która się wytworzyła naokoło korzeni zębowych, jak wykazało badanie rentgenologiczne. Po operacji, w czasie której usunięto odpowiednie zęby, stan chorego w ciągu kilku dni uległ zupełnej poprawie. Porażenie mogło powstać w tym przypadku drogą odruchową z powodu uciskowego drażnienia podbródkowej względnie dziąsłowej gałązki nerwu trójdzielnego lub nieprawidłowej inerwacji *m. orbicularis oris.*

Ungar (Lwów).

Samoistne wypełnienie powietrzem komór mózgowych przy nakłuciu zbiorników mlecza w pozycji siedzącej. G. SCHALTENBRAND. Med. Klin. Nr. 18, 1932.

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w obrębie *cysternae hyli* jest zwykle ujemne, zwłaszcza w pozycji siedzącej chorego. O ile więc odpuszczamy płyn mózgowo-rdzeniowy, to równocześnie samoistnie wchodzi ilość powietrza odpowiadająca ilości odpuszczonego płynu. Tą więc prostą drogą i łatwym w ręku fachowca zabiegiem można wypełnić powietrzem komory mózgowe, czy przestrzeń pod oponą twardą dla celów diagnostycznych. O ile przy nakłuciu zbiorników chcemy uniknąć wprowadzania powietrza do komór, wówczas zabieg ten wykonujemy w pozycji leżącej chorego.

Godlowski (Kraków).

Świąd nosa w przypadkach guzów mózgu. R. WARTENBERG. Klin. Wschr. Nr. 11, 1932.

Objaw ten stosunkowo nierzadki polega na tem, że chorzy doznają silnego świądu w okolicy obu otworów. W dwu obserwowanych przypadkach objaw ten bardzo silnie się zaznaczył. Autor przypuszcza, że przyczyną powstawania tego objawu jest ogólne pobudzenie n. trójdzielnego.

Karasiński (Kraków).

Otolaryngologja.

Sur deux cas d'abcès du cervelet gueris (Considérations cliniques). Nr. XXI. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Dokładny opis 2 operowanych i wyleczonych ropni móżdżku. Autor wykazuje konieczność interwencji chirurgicznej natychmiast po postawieniu rozpoznania i to bez względu na stan chorego. Przerwa między I-ym aktem (otworzenie wyrostka i odsłonięcie opon) a II-im (wyszukanie i nacięcie ropnia) powinna być możliwie krótka względnie żadna, jeżeli istnieją wyraźne objawy, wskazujące na obecność ropnia.

Spira (Kraków).

La syphilis de l'oreille moyenne. Nr. XX. R. MAYOUX. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Podczas gdy kiła ucha wewnętrznego jest dokładnie przebadaną i wielokrotnie opisywaną, to wiadomości nasze o schorzeniach kiłowych ucha środkowego są jeszcze bardzo skąpe. Przyczyną tego zaniedbania jest fakt, że jest trudno oznaczyć granicę i częstość tego schorzenia. Dla kiły nie posiadamy tak dokładnego kryterjum, jakiem jest np. przy gruźlicy zaszczepienie świnki morskiej. Rozpoznanie *ex iuvantibus,* przedewszystkiem na podstawie wyników leczniczych, zawodzi w kile dziedzicznej tudzież w starych postaciach kiły nabytej.

Nie ulega jednak wątpliwości, że kiła ucha środkowego występuje częściej niż się naogół przypuszcza. Autor pomija zupełnie zmiany uszne, które występują równocześnie i w następstwie zmian kiłowych w jamie nosowo-gardłowej, a zajmuje się jedynie izolowanemi schorzeniami ucha środkowego w przebiegu kiły dziedzicznej. Schorzenia te występują przedewszystkiem w 2 postaciach a mianowicie jako zapalenie ropne i jako zwyrodnienie ucha środkowego. Klinicznie nie można odróżnić tych chorób od podobnych schorzeń, powstałych na innem tle. Jednakowoż częstość, z jaką te zmiany występują w przebiegu kiły tudzież okoliczności, wśród jakich się pojawiają, upoważniają autora do przyjęcia tła swoistego. Możliwe także, że pewne zmiany w torebce kostnej błędnika, które przypominają obrazy spotykane w otosklerozie zawdzięczają swe pochodzenie również sprawie kiłowej.

Spira (Kraków).

Diagnostic des tumeurs des glandes salivaires par la radiographie. Nr. XXI. ALBERT BARRAUD. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931 r.

W przypadkach podejrzanych na nowotwór gruczołów ślinowych poleca autor wstrzykiwanie lipjodolu lub neojodypiny do dróg ślinowych. Dzięki tej prostej i dokładnej metodzie autor wykluczył obecność guza w 2 przypadkach, w których chirurg go rozpoznał i stwierdził obecność nowotworu gruczołu podszczękowego w innym przypadku, w których chirurg podejrzewał zapalenie gruczołów. Operacja potwierdziła rozpoznanie autora.

Spira (Kraków).

Le lipiodolage bronchopulmonaire à la sonde sous le contrôle de l'ecran radioscopique. Nr. XIII. PIERRE MONNIER-KUHN et ALFRED LÉWY. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Autorowie wprowadzają lipjodol do oskrzeli zapomocą sondy przełykowej, zaopatrzonej w metalowy mandryn i przeprowadzonej przez otwór korka kauczukowego. Po wprowadzeniu sondy do tchawicy zostaje mandryn wyciągnięty a korek umieszczony między łukami zębowemi i tam przytrzymany przez chorego. Chorego umieszcza się przed tablicą rentgenologiczną i wprowadza lipjodol pod kontrolą ekranu. Jeżeli tablica jest odpowiednio ruchoma można badanie przeprowadzić w pozycji leżącej. Autorowie opisują korzyści praktyczne i kliniczne podanej metody.

Referent używa analogicznej metody od lat. Jednakże główna trudność badania płuc przy pomocy lipjodolu polega nie na wprowadzeniu lipjodolu, ale na zatrzymaniu go — a to z powodu wrażliwości błony śluzowej oskrzeli; wrażliwość ta — zwłaszcza wybitnie wzmożona w przypadkach rozszerzenia oskrzeli — powoduje, że chorzy po wprowadzeniu środka kontrastowego, dostają napadu kaszlu, który czasem wyrzuca całą wprowadzoną zawartość.

Spira (Kraków).

Trudności przy badaniu otoskopowem osesków. R. IMHOFER. Med. Klin. Nr. 15, 1932.

Badania otoskopowego oseska jedna osoba bez pomocy nie może przeprowadzić, matka zazwyczaj jest niedostateczną pomocą. Owinięte dziecko trzyma osoba pomagająca na ręce, zaś druga osoba przytrzymując głowę jego, kieruje ucho badane w kierunku wskazanym przez badającego. Równocześnie autor opisuje otoskop elektryczny Wapplera składający się z aparatu oświetlającego i wziernika tak ze sobą zestawionego, że światło z lampki elektrycznej wpada wprost do wziernika.

Godłowski (Kraków).

Quelques applications de la diathermocoagulation dans le domaine de l'oto-rhinolaryngologie. Nr. XXI. J. HELSMOORTEL junior. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Autor wyleczył przy pomocy diatermo-koagulacji następujące przypadki chorobowe: miękki szypułkowaty włókniak twarzy, kędzierzawy tętniak skóry owłosionej, małe znamiona twarzy, wrodzoną żabkę obustronną, raka brzegu języka, torbiel podstawy języka, brodawczaki przegrody nosowej.

Spira (Kraków).

Quelques avantages de la percaïne, anesthesique local, en oto-rhino-laryngologie. M. PRÉVOT. Nr. VI. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Autor poleca stosowanie perkainy w otorinolaryngologji podnosząc szczególnie 2 zalety tego środka a mianowicie szybkie występowanie i długi czas trwania (10 — 12 godz.) znieczulenia; zwłaszcza ta ostatnia zaleta ma wielkie znaczenie, bo pozwala na wykonywanie długotrwałych zabiegów bez dodawania środka znieczulającego w czasie zabiegu; poza tem zostają wybitnie zmniejszone bóle pooperacyjne. Autor używa perkainy do powierzchownego znieczulenia błony śluzowej i w formie wstrzykiwań do znieczuleń głębokich.

Spira (Kraków).

De l'emploi du muscle d'oiseau desséché et pulvérisé, comme agent d'hémostase. Nr. XXIII. VAN NIEUWENHUYSE. R. d. Lar.-Oto-Rhinol. 1931.

Autor poleca używanie wysuszonego i sproszkowanego mięśnia ptaka w celu tamowania krwotoków. Dokładny opis sposobu otrzymania preparatu tudzież wyników leczniczych.

Spira (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXIV. Posiedzenia naukowego dn. 14. października 1932.

Przewodniczy: kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. St. Teppa człon. Twa, przedstawił dwa przypadki chorych z kliniki neurologicznej.

a) Pierwszy, 64-letni mężczyzna po przejściu grypy w lutym 1932 zaczął się skarżyć na bóle w krzyżach i prawym pośladku. Początkowo był leczony przez lekarza na prowincji kąpielami siarczanemi branemi w domu, a w lipcu przeprowadził leczenie zdrojowe w Lubieniu kąpielami siarczanemi, borowinowemi oraz diatermją. Z końcem sierpnia bóle zaczęły choremu bardzo silnie dokuczać, przeszły wówczas na lewy pośladek, a obecnie promieniują również do obu nóg. Przedmiotowo w klinice stwierdzono: tkliwość uciskową kręgów lędźwiowych i kości krzyżowej, dodatni objaw Lasègue'a na obu nogach, oraz czasami nieznaczne obniżenie czucia skórnego na lewym pośladku i tylnej powierzchni lewego uda. Ponieważ bóle ischjadyczne w obu nogach nasuwają zawsze podejrzenie w kierunku sprawy rdzeniowej, wykonano nakłucie lędźwiowe i wydobyto płyn wykazujący syndrom uciskowy, to jest nieliczną ilość ciałek i dużą ilość białka. Ze względu na brak objawów z dolnego odcinka rdzenia, przyjęto ucisk na ogon koński. Po powtórnem nakłuciu i wprowadzeniu 1 cm^3 jodipiny stwierdzono rentgenologicznie zupełne zamknięcie kanału kręgowego na wysokości 2 kręgu lędźwiowego. Na zdjęciu przednio-tylnem brak zmian w samych kręgach. Rozpoznano *guz uciskający na ogon koński.*

b) Drugi przypadek dotyczy 61-letniej kobiety, która z powodu bólów w obu nogach na wiosnę 1932 była leczoną w Iwoniczu kąpielami jodowemi i okładami borowinowemi. Po tem leczeniu wystąpiło osłabienie obu nóg, a ostatnio nieznaczne zaburzenia pęcherzowe. Przedmiotowo stwierdzono w klinice niedowład spastyczny obu kończyn dolnych oraz garb bolesny przy opukiwaniu na wysokości dolnych kręgów piersiowych. Rentgenologicznie rozpoznano *zapadnięcie się 11 kręgu piersiowego na tle gruźliczem.*

Oba przypadki, przed przybyciem chorych do kliniki, były nierozpoznane i niewłaściwie leczone w zdrojowiskach, prawdopodobnie z powodu podejrzenia na sprawę reumatyczną. Kol. Teppa zwraca uwagę, jak bardzo trzeba być zawsze ostrożnym w przypadkach bólów w okolicy kręgosłupa lędźwiowego i kości krzyżowej, promieniujących do kończyn dolnych i jak łatwo o fałszywe rozpoznanie a przez to leczenie i rokowanie. Dokładne zbadanie kliniczne przy pomocy badań dodatkowych zwyczajnie sprawę wyjaśnia. Rokowanie w przypadkach nowotworów w dolnym odcinku rdzenia i ogona końskiego z Kliniki Neurologicznej, operowanych, było dotąd naogół dobre. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Rothfeld podnosi, że obustronne bóle ischjadyczne występują nietylko na tle organicznych zmian w rdzeniu lub oponach rdzen., lecz np. przy płaskiej stopie. Kol. R. obserwował przypadek parestezyj wzdłuż przebiegu *cauda equina* i *conus terminalis* na tle skazy moczanowej, w którym odpowiednie leczenie usunęło dolegliwości.

3) Kol. Kielanowski Tad., człon. Twa, przedstawił i omówił preparaty anatomo-patologiczne:

a) *Igła do szycia w worku osierdziowym w przypadku kombinowanej wady serca.* Kobieta 41-letnia, em. nauczycielka, w młodości nie chorowała, w dojrzałym wieku przeszła kilkakrotnie ostry gościec stawowy, poczem cztery lata temu, wystąpiły objawy choroby serca, a ostatnio zaburzenia psychiczne. Klinicznie rozpoznano niewyrównaną wadę serca, jednak charakteru jej ani klinicznie ani rentgenologicznie nie udało się zdefinjować. W czasie pobytu na oddziele szpitalnym, podała chora pewnego razu, że pod wpływem dręczących ją snów, wbiła sobie igłę do szycia w „dołek podsercowy". Tuż poniżej wyrostka mieczykowatego stwierdzono rzeczywiście rankę wielkości główki szpilki, ponieważ jednak rentgenologicznie igły nie wykazano, nie dano chorej wiary. Dwanaście dni potem, chora zmarła. Sekcyjnie wykazano, poza obrzękami i przekrwieniem żylnem narządów, wadę serca pod postacią zwężenia obu ujść żylnych i ujścia tętniczego lewego wraz z niedomykalnością odnośnych zastawek. Serce przerosłe w całości. Worek osierdziowy rozdęty obfitym płynem krwawym, rzadkim, serce pokryte nalotem pokłębionego włóknika, najobficiej na prawym brzegu i w okolicy prawego przedsionka nagromadzonym. W worku osierdziowym, obok przedsionka prawego, tkwi zczerniała igła do szycia, długości około 3,2 cm, ostrym swym końcem wbita w zewnętrzną blaszkę osierdzia, tak jednak płytko, że po drugiej stronie otworu ani ostrza jej wykazać się nie udaje. Trójujściowa wada

jest pochodzenia gośćcowego. Zapalenie osierdzia wywołała niewątpliwie igła, która wbita poniżej wyrostka mieczykowatego, zawędrowała następnie do worka osierdziowego.

b) *Ciało obce (moneta) w przełyku, jako przyczyna zejścia śmiertelnego.* Dwuletnie dziecko połknęło, bawiąc się, austrjacką monetę 10-halerzową. Dopiero po 5 dniach zwrócili się rodzice dziecka do lekarza na prowincji, który płytko w przełyku tkwiącą monetę usiłował wyjąć; po bezskutecznej jednak próbie, skierował dziecko do kliniki laryngologicznej, gdzie monetę bez trudu wydobyto. Mimo to dziecko wykazujące już ciężki stan i wysoką ciepłotę, niebawem zmarło. Sekcyjnie stwierdzono u dobrze rozwiniętego i odżywionego dziecka, ropne zapalenie śródpiersia i odoskrzelowe zapalenie płuc. Na prawej i lewej ścianie górnej części przełyku, tuż poniżej stożka sprężystego krtani, stwierdzono dwa wrzody odleżynowe, postacią najdokładniej odpowiadające uciskowi, jaki uwięzgnięta w tem miejscu moneta mogła wywierać. Na dnie prawego wrzodu stwierdzono otwór niewiele większy od główki szpilki, komunikujący z rozlanem ropieniem okołoprzełykowem. Na prawej bocznej ścianie gardła widoczne są dwa wrzody okrągłe, o średnicy kilku milimetrów, położone w odległości 7—8 mm jeden nad drugim. Cała ich okolica jest silnie zapalnie przekrwiona, a dnem komunikują szeroko z ropieniem okołogardlanem. Wrzody te są najprawdopodobniej następstwem urazu, zadanego pincetą przy usiłowaniu wyjęcia monety, i one to, a nie wrzody odleżynowe, są pierwotną przyczyną zstępującego, ropnego zapalenia śródpiersia.

c) *Wątroba kury z przerzutami mięsaka Rousa.* Mówca podał krótki opis metod używanych w lwowskim Instytucie Anatomji Patologicznej przy przeszczepianiu mięsaka Rousa, omówił krótko odrębności tego nowotworu i streścił nowe prace Teutchländera, dotyczące jednostronnego „antagonizmu“ tego mięsaka kur, wobec gruźlicy ptasiej. (Streszczenia własne).

W dyskusji: Kol. Dobrzański człon. Twa, podkreśla, że wydobywanie ciała obcego z przełyku na ślepo jest błędem w sztuce i spowodować może komplikacje śmiertelne, jak w przedstawionym przypadku b). Tak samo przepychanie ciała obcego, nawet gładkiego jak monety, jest niebezpieczne ze względu na możliwość przebicia przełyku w miejscu odleżyny i dlatego dzisiaj przepychania nie stosuje się.

4) Kol. Laskownicki, człon. Twa, przedstawia:

a) *preparat początkowej gruźlicy nerki.* Chora zgłosiła się, podając, że cierpi na dolegliwości pęcherz. (częste oddawanie moczu w dzień i w nocy). Wykonana chromocystoskopja wykazała: zmiany w okolicy ujścia moczowodu prawego w postaci kilku małych gruzełków, owrzodzenie na górnej ścianie pęcherza, lewe ujście normalne. Indygokarmin podany dożylnie wydzielają obie nerki po 4 minutach, o dobrem wysyceniu. Po zasondowaniu moczowodu okazało się, że nerka prawa wydziela mocz, zawierający kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia, kilkanaście krwinek, mocz jałowy. Nerka lewa wydziela mocz bez zmian. Rozpoznano gruźlicę nerki prawej. Przy operacji okazało się, że wyłoniona nerka na powierzchni żadnych zmian nie okazuje. Pomimo to nerkę usunięto. Na przekroju preparatu operac. widoczne początkowe ognisko gruźlicze, wielkości ziarna grochu na brodawce nerkowej, uchodzącej do górnego kielicha. Poza tem cała nerka bez żadnych zmian. Preparat powyższy jest dowodem, jak precyzyjną jest diagnostyka urologiczna. Leczenie może być w takich wypadkach tylko operacyjne i to, o ile możności, jak najwcześniej, zanim przyjdzie do zakażenia moczowodu i rozległego zakażenia pęcherza (sprawa może się przenieść z pęcherza drogą wstępującą na drugą nerkę), albowiem każde najmniejsze ognisko gruźlicze w nerce prowadzi nieuchronnie do zupełnego zniszczenia całej nerki w krótkim czasie.

b) *Preparat usuniętej nerki z powodu wodonercza* oraz pyelogram przedoperacyjny. Wodonercze powstało w tym przypadku wskutek zagięcia moczowodu pomiędzy dwoma nienormalnie przebiegającemi naczyniami, idącemi jedno od *art. renalis*, drugie od *art. spermatica inter.* do dolnego bieguna nerki w ten sposób, że jedno naczynie krzyżowało się poprzecznie z moczowodem na jego przedniej powierzchni, drugie zaś na powierzchni tylnej.

c) Kol. L. przedstawia dziewcz. lat 8, cierpiącą od 2 r. ż. na bóle w jamie brzusznej, które tłumaczono obecnością pasorzytów jelitowych. Przed 2 mies. wykonane zdjęcie rentgenowskie wykazało *jeden kamień wielkości fasolki w miedniczce lewej, drugi kamień, wielkości grochu w moczowodzie lewym,* około 4 cm ponad ujściem moczowod. lew. Chromocystoskopja wykazała dobre wydzielanie barwika po stronie prawej, brak jakiegokolwiek wydzielania po stronie lewej. Wobec tego, że groziło powstanie wodonercza lewego, przystąpiono do usunięcia kamienia moczowodowego. Po odsłonięciu moczowodu lewego, okazało się, że kamień tkwi 3 cm poniżej skrzyżowania się tętnicy biodrowej z moczowodem. Moczowód rozszerzony, zgrubiały, kamień silnie zaklinowany nie daje się przesunąć ku górze. Wobec czego po odsłonięciu moczowodu prawie aż do samego pęcherza, nacięto moczowód i kamień z pewnemi trudnościami usunięto. Rana zgoiła się rychłozrostem. Badanie następowe wykazało, że nerka lewa wydziela z pewnem opóźnieniem barwik o słabem wysyceniu. Chorej polecono zgłosić się do drugiego zabiegu za 2 miesiące, w czasie, kiedy nerka zupełnie już poprawi swoją czynność wydzielniczą.

d) Pokazuje *pyelogram, oraz kamień moczowodu wielkości orzecha włoskiego,* usunięty operacyjnie u lekarza lat 38. Kamień tkwił około 3 cm poniżej skrzyżowania tętnicy biodrowej z moczowodem, zamykając w zupełności odpływ moczu z nerki lewej. Moczowód rozszerzony do grubości kiszki cienkiej. Kamień udało się odpowiednim manewrem cofnąć ku górze, poczem moczowód nacięto w miejscu największego rozszerzenia, kamień wydobyto i moczowód zeszyto 4 szwami węzełkowemi. W okolicy rany moczowodu założono dren gumowy. Leczenie skomplikowane powstaniem krwiaka podsk.

Przypadki powyższe c) i d) przedstawia Kol. L. jako dowód, że nie jest bezwzględnym zwolennikiem leczenia kamieni moczowodowych metodami zachowawczemi (sondowanie moczowodu, rozszerzanie moczowodu, wstrzykiwania gliceryny, oliwki i t. p.). Leczenie zachowawcze ogranicza jedynie do tych przypadków, gdzie kamień usadowiony jest w odcinku przypęcherzowym, najwyżej 2—3 cm powyżej ujścia moczowodu i gdzie dokładne badania (Roentgen, pyelografja), wykazują, że nie mamy potrzeby się śpieszyć, gdyż niema zupełnego zamknięcia odpływu moczu z nerki i jest wielce prawdopodobnem, że stosunkowo proste zabiegi wewnątrzpęcherzowe zostaną uwieńczone w krótkim czasie pełnem powodzeniem.

e) *Pyelogram identycznego przypadku,* który dotychczas nie był operowany z tego powodu, że w międzyczasie wystąpiło pryszczykowe zapalenie gardła. Chory przeznaczony do operacji.

f) *Zdjęcie pęcherza z kamieniem,* wielkości jaja gołębiego, na którem widać, że kamień składa się z szeregu warstw o różnej przepuszczalności promieni Roentgena. Kamień udało się usunąć przy pomocy zmiażdżenia (litotrypsja). (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Ziemilski zapytuje prelegenta, jak zapatruje się na naświetlanie prom. Roentgena zmian gruźliczych w nerce, i jaki jest skład kamieni w przedstawionych przypadkach, gdyż wskutek przesadnie stosowanej dziś diety obfitującej w witaminy przychodzi do zalkalizowania moczu i powstawania kamieni fosforanowych.

Kol. Fels podnosi, że gdyby kamica w jednym z przedstawionych przypadków u 8 letniej dziewczyny wystąpiła po stronie prawej, możnaby łatwo wziąć napad kamicy za zapalenie wyrostka robaczkowego.

Kol. Oberlaender zwraca się z apelem do kolegów internistów, żeby nie przetrzymywali przyp. gruźlicy nerki, lecząc konserwatywnie, lecz natychmiast po ustaleniu rozpoznania przesyłali do zabiegu. Co do kamicy, sądzi Kol. O. że konserwatywne leczenie kamicy nerkowej nigdy nie zaszkodzi, dlatego zawsze powinno się najpierw próbować leczenia konserwatywnego, o ile niema groźnych objawów. Leczenie konserwatywne, chociaż wymaga dużo cierpliwości ze strony lekarza i chorego, jest bezpieczniejsze niż zabieg chirurgiczny.

Kol. Laskownicki *w odpowiedzi:* większość urologów młodszych przeciwna jest leczeniu kamicy moczowodowej chirurgicznie przed wyczerpaniem metod konserwatywnych, chyba że przypadek nie nadaje się do leczenia konserwatywnego (infekcja, zupełne zamknięcie odpływu moczu z nerki i groźba powstania szybko wodonercza). W przedst. przyp. wskazane było tylko leczenie chirurgiczne jak najszybsze. Zdaniem Kol. L., gruźlicy nerki nie można naświetlań prom. Roentgena, zresztą wyniki operacyjne są tak dobre, że należy tylko operować. Kamienie nie były jeszcze badane chemicznie, żeby nie psuć okazów. Dieta w kamicy nerkowej wymaga szerszego omówienia, Kol. L. sądzi, że nie ma ona tak wielkiego znaczenia, jakie się jej obecnie przypisuje. Częstość występowania kamicy nerkowej nie jest związana ze sposobem odżywiania, lecz z pewnemi okolicami. Zresztą przyczyna kamicy nerkowej dotychczas nie jest znana.

5) Kol. Jaburek wygłosił wykład: *O kolateralnym obrzęku mózgu przy nowotworach mózgowych.* (Ukaże się drukiem).

W dyskusji: Kol. Fell cytuje autorów amerykańskich, którzy przez wstrzyknięcie insuliny ujawniali obrzęk ognisk patologicznych, które więcej chłoną wodę niż normalna tkanka mózgowa.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Od Rady Nadzorczej Spółki Wydawniczej Lekarskiej we Lwowie.

Rada Nadzorcza Spółki Wydawniczej Lekarskiej przyjęła z prawdziwym żalem decyzję Dra Kaliksta Krzyżanowskiego, który dnia 31 grudnia 1932 r., po długoletniej pracy ustąpił ze składu redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej. Dr. Kalikst Krzyżanowski objął stanowisko redaktora P. G. L. z początkiem roku 1926. Na usługi pisma oddał Swe wielkie doświadczenie zdobyte przez długie lata w służbie zdrowia publicznego. Kierując przez wiele lat praktycznem wychowaniem młodzieży lekarskiej na stanowisku Dyrektora Państwowego Szpitala we Lwowie zetknął się z wielką rzeszą młodych kolegów, których skupiał potem chętnie przy pracy redakcyjnej. Nie skąpił nigdy życzliwej porady ale w miarę potrzeby umiał być także sprawiedliwym krytykiem. Przez całe życie prowadziła Go zasada spełniania przyjętych obowiązków z mrówczą pilnością. Świecąc Swym przykładem współpracownikom wprowadził życie redakcyjne na tory systematycznej, w drobnych nawet szczegółach zorganizowanej pracy i w ten sposób położył niezapomniane zasługi dla pisma. Żegnając Dra Kaliksta Krzyżanowskiego życzy Mu Rada Nadzorcza długich lat zasłużonego wypoczynku.

Sekretarz: *Prof. Dr. K. Bocheński.* Prezes: *Prof. Dr. M. Franke.*

Od Redakcji.

Z dniem 1. stycznia 1933. obejmuje redakcję całej P. G. L. Prof. Dr. Stanisław Legeżyński, zaś sekretarjat redakcji Dr. Kazimierz Czyżewski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. W. A. Oppel zmarł 7. października 1932 w Leningradzie. Nazwisko tego wybitnego chirurga na zawsze pozostanie związane z zagadnieniami zaburzeń w krążeniu i wewnętrznem wydzielaniu. Ważniejsze prace poświęcił badaniu naprawy krążenia drogą obocznych połączeń naczyniowych; leczeniu zgorzeli kończyn przez wycięcie nadnercza; wpływom przytarczycy na schorzenia stawów.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

14. XII. 1932 r. odbył się obchód XXV lecia istnienia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie. Program obchodu: I. O godz. 9-ej rano msza żałobna za dusze zmarłych członków Stowarzyszenia w kościele św. Krzyża przed wielkim ołtarzem. II. Uroczyste zebranie o godz. 9-ej wieczorem w siedzibie Stowarzyszenia przy ulicy Widok 23: a) przemówienie Prezesa Zarządu dr. B. Jakimiaka; b) przemówienia Delegatów, c) referat dr. A. Śmicchowskiego „Rys historji Stowarzyszenia Lekarzy Polskich"; d) przemówienie dr. K. Górskiego; e) ogłoszenie listy nowo wybranych członków honorowych Stowarzyszenia; f) zebranie towarzyskie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu nagrody konkursowej z funduszu im. Grzegorza Piramowicza — Drowi med. Karolowi Mikulskiemu, za „Pracę psychologiczno-wychowawczą w szkole średniej (rękopis)".

XXXI. Posiedzenie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się w piątek 9. XII. Porządek dzienny: Pokaz chorych z II oddz. wewn. Państw. Szpit. Powszech. Kol. Ziembicki, czł. Twa: a) Przypadek ze zmianą położenia serca, b) Przyp. otorbionego wysięku osierdziowego. Kol. Falkiewicz Ant., czł. Twa: Przypadek ciała obcego w oskrzelu. Kol. Sieradzki, czł. Twa: Nowy kodeks karny ze stanowiska lekarskiego (wykład).

XXXII. Posiedzenie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się 16. XII. Kol. Schneck: Kamica oskrzelowa (pokaz). Kol. Lipiński, człon. Twa: Meningit. cerebrospinalis epidemica in typho. Kol. Bühn, człon. Twa: Krzemica płuc ze stanowiska kliniki chorób zawodowych (wykład z przeźroczami).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że 13. XII. 1932 r. odbyła się uroczysta Akademja dla uczczenia ś. p. J. Babińskiego, ś. p. Lejarsa F. i Chauffarda, członków honorowych Towarzystwa. 1. Orzechowski K.: Działalność naukowa ś. p. J. Babińskiego. 2. Filiński Wł.: Działalność naukowa ś. p. Chauffarda. 3. Szerszyński Br.: Działalność naukowa ś. p. F. Lejarsa. Po Akademji odbyło się posiedzenie naukowe: 1. Jachimowicz J., Kuligowski Z. i Stępień Br.: Pokaz przypadków operowanego guza rdzenia. 2. Fiszhautówna L. i Kamiński W.: Dwa przypadki zespołu Babińskiego-Nageota. 3. Wice-prezes Dr. Sławiński: Wynik konkursu im. G. Piramowicza.

LXII posiedzenie Warszawskiego Koła Radjologów, odbyło się 16. XII. Porządek dzienny: 1) Mesz N.: Ropnie płuc. 2) Elektorowicz A.: Rak płuca przebiegający pod postacią ropnia płucnego. 3) Kryński B.: Z kazuistyki rozpoznań płucnych u dzieci. 4) Zawadowski W.: Doświadczalne potwierdzenie sposobu powstawania cieniów towarzyszących przyżebrowych.

XVI posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w Poznaniu 16. XII. Porządek obrad: Prof. dr. A. Laskiewicz: Sprawozdanie z II-go Zjazdu Międzynarodowego Otolaryngologicznego w Madrycie i III-go Zjazdu Otoneurooftalmologicznego w Bolonji. Prof. Dr. A. Laskiewicz: W sprawie badania otoneurologicznego. Zadania tego nowego kierunku współpracy z punktu widzenia klinicysty.

Medycyna społeczna.

Z dn. 1 stycznia 1933 r. wchodzi w życie rozporządzenie Prezydenta Rz. z dn. 27 października 1932, które kasuje ogólnopaństwowy związek Kas Chorych oraz okręgowe związki Kas Chorych, a zamiast nich tworzy jeden związek kas chorych z siedzibą w Warszawie, który dla wykonania swych zadań będzie mógł tworzyć oddziały. Cele i zadania związku są następujące: koordynowanie, usprawnianie i uzupełnianie działalności Kas Chorych oraz organizowanie wspólnej akcji Kas Chorych w zakresie ich ustawowych zadań. Między innemi związek: organizuje i prowadzi bezpośrednio, bądź za pośrednictwem pewnych organizacyj, wszelkiego rodzaju działalność, mającą na celu zaopatrzenie wszystkich kas chorych w środki lecznicze, instrumenty i t. p., jak również ześrodkowuje zakupy dla kas chorych i zaspakaja ich potrzeby; ustala zasady i wytyczne dla umów, normujących stosunki pomiędzy kasami chorych a aptekami i t. d. Organami związku są: rada zarządzająca z 22 członków (6 mianowanych, 16 z wyboru), dyrekcja (dyrektor i lekarz naczelny) i komisja rewizyjna z 4 członków (1 mianowany, 3 z wyboru).

Doroczny zjazd higjenistów francuskich odbył się w Paryżu z końcem października 1932. Największą ilość referatów poświęcono omówieniu ustawy higjenicznej z 1902 r., będącej podstawą całej organizacji higjenicznej we Francji. W toku dyskusji jednomyślnie stwierdzono, iż w obecnym stanie rozwoju nie tyle należy kłaść nacisk na tworzenie nowych jednostek organizacyjnych, co na uzgodnienie pracy w już istniejących, a nieskoordynowanych ze sobą placówkach państwowych, samorządowych i społecznych. Szeroko omawiano również organizację nauki higjeny, mającej na celu tak utworzenie specjalnego studjum tego przedmiotu jak też uwzględnienie momentów higjenicznych w dyscyplinach pokrewnych (architektura, inżynierja i t. d.). Z dalszych tematów omawiano kwestję obowiązkowego zgłaszania gruźlicy, zagadnienie porad przedślubnych (poddanie się badaniu lekarskiemu przyczem lekarz nie ma jednak prawa zakazać zawarcia małżeństwa) i stosunków demograficznych we Francji.

Ostatni zeszyt Przeglądu Epidemjologicznego Ligi Narodów (9—10, 1932) daje światowy przegląd nasilenia ospy w ostatnich latach. Ospa utrzymuje się w znacznem nasileniu w Afryce. Z kontynentu amerykańskiego najsilniej dotknięty jest Meksyk (3000 wypadków śmierci w pierwszej połowie 1932 roku), chociaż i w St. Zjednoczonych roczne ilości zachorowań idą jeszcze w dziesiątki tysięcy. (śmiertelność b. mała!). W Azji trwałym ośrodkiem ospy są stale Indje, nasilenie tamtejszej endemji ospowej powoli się zmniejsza (I—VI 1932 — 15.770 zejść śmiertelnych, w roku 1929 — 843.794!). W Europie utrzymują się trzy ogniska ospy: U. R. R. S. — 8.505 zachorowań w 1931, Wielka Brytanja — 5.665 w 1931, półwysep iberyjski — 580 wypadków śmiertelnych w 1931 r. W Wielkiej Brytanji przebiega ospa z uderzająco małą śmiertelnością.

Różne.

101 nowych lekarzy-dentystów. W państw. instytucie dentystycznym w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 101 absolwentom tej uczelni. Na 101 osób jest 12 mężczyzn i 89 kobiet.

15. XII. odbyło się w Warszawie Walne Zebranie Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce. Komitet został zawiązany przed kilku laty przez grono lekarzy, stawiając sobie za cel stworzenie jak najlepszych warunków dla rozwoju i postępu medycyny lotniczej. Staraniem Komitetu została powołana przez M. S. Wojsk. „Rada Naukowa Lotniczo-Lekarska". Komitet wydał miesięcznik obecnie przekształcony na kwartalnik p. t.: „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej". Staraniem Komitetu została zbudowana komora niskich ciśnień w Centrum badań lotniczo-lekarskich w Warszawie. Obecnie Komitet stoi przed ważnem zadaniem postawienia na odpowiedniej wysokości lotnictwa sanitarnego w naszym kraju.

100 lat temu rodził się chloroform, by w kilkanaście lat później otworzyć równocześnie z eterem nowy rozdział medycyny. Chloroform został wykryty w roku 1831 równocześnie przez Liebiga i Soubeirana. Dumas ustalił jego wzór chemiczny w roku 1834. Jako środek usypiający został wprowadzony do medycyny przez Simpsona w roku 1847.

Komunikaty.

Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach, istniejące od lat kilku, rozwija wytrwale swą humanitarną działalność, niosąc pomoc materjalną i opiekując się blisko 60 wdowami po naszych kolegach. Pomoc polega m. i. na udzielaniu stałych miesięcznych zasiłków przeszło 50 wdowom, jak niemniej oddawaniem im lekarskiej bielizny do szycia i w ten sposób ułatwieniem im zarobkowania. Ta pomoc wymaga znaczniejszych funduszów, które członkinie Towarzystwa zdobywają urządzaniem imprez: znaczniejszą rubrykę dochodów muszą stanowić także składki członkowskie, które wynoszą 1 zł miesięcznie, dlatego też jest rzeczą bardzo ważną, aby liczba członków Towarzystwa zwiększyła się jak najbardziej i to szczególnie z poza Lwowa, gdzie mieszka przeważna liczba wdów, pobierająca zasiłki, w przeciwieństwie do znikomej liczby członków Towarzystwa, zamieszkałych poza Lwowem. Członkami mogą być żony lekarzy, lekarki i lekarze. Zgłoszenia wpisu pod adresem: Lwów, drowa Madejewska, Lwów, ul. Wałowa 11.

W związku z ogłoszeniem nowego kodeksu karnego, jak również szeregu nowych ustaw sanitarnych. Państwowa Szkoła Higjeny organizuje w drugiej połowie stycznia 1933 r. kurs dla lekarzy p. t.: „Prawodawstwo a zawód lekarza". Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczorowych, trzy razy tygodniowo po 2 godziny. Ogółem godzin wykładowych 36. Omówione będą następujące działy: 1) Prawodawstwo ogólne (kodeks karny i kodeks cywilny w stosunku do lekarzy). 2) Ustawy o organizacji służby zdrowia. 3) Prawodawstwo sanitarne tyczące się chorób zakaźnych, chorób społecznych, higjeny pracy, zakładów leczniczych, farmacji, statystyki lekarskiej. 4) Zdrowie publiczne na terenie międzynarodowym. 5) Prawodawstwo sanitarne wojskowe. 6) Ubezpieczenia społeczne krótko i długoterminowe. 7) Prawodawstwo lekarskie zawodowe. Zgłoszenia na kurs przyjmuje do 1 stycznia 1933 r. i udziela wszelkich informacyj Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Chocimska 24.

Na brzegach Zalewu Fryskiego u wybrzeży Prus Wschodnich, do którego uchodzą Nogat i Pregoła wybuchła prawie wyłącznie wśród ludności rybackiej choroba charakteryzująca się między innemi krwiomoczem i niedowładem mięśniowym. Pierwsze przypadki pojawiły się w latach 1924—26, nowe we wrześniu 1932. Badania przeprowadzone na uniwersytecie w Królewcu wskazują, że schorzenie to pochodzi od spożycia ryb, szczególnie węgorzy i płastug łowionych w Zalewie. Ryby te zatrute są kwasami żywicznemi gromadzącemi się w mule morskim z odpływu licznych fabryk celulozy, które przerabiają wielkie masy drzewa świerkowego. Objawy podobne wywołano doświadczalnie u kotów karmionych wyciągami mułu tego Zalewu i węgorzami zatrutemi w akwarjum kwasami żywicznemi.

Z Morszyna. Rozbudowa Zakładu zdrojowego w Morszynie, uchwalona przez Radę Zawiadowczą Tow. lekarzy polskich b. Galicji po przejęciu jego we własny zarząd, postępuje raźnym krokiem. Obecnie jest w pełnym toku budowa łazienek nowych, które wraz z łazienkami dotychczasowemi pomnożą znacznie liczbę wanien. W związku z tą budową jest urządzenie postępowej wziewalni. Wkrótce rozpocznie się także budowa pijalni, naokoło której zostanie urządzony na kilka metrów szeroki kryty deptak. Pijalnia będzie zbudowana w środku noworozplanowanych deptaków i kwietników. Zamierzone też jest ustawienie silnej dynamo dla jeszcze intensywniejszego rozprowadzenia światła elektrycznego nietylko w samym Zakładzie i drogach, ale także po willach. Ulepszone produkty morszyńskie, jak sól i woda gorzka, sól sproszkowana po 10 proszków w pudełkach oraz znakomita woda stołowa „Morszynka" zyskuje coraz większe, słuszne uznanie i zbyt. Produkty morszyńskie zaopatrzone są w oryginalne etykiety z marką Towarzystwa lekarzy.

W ramach XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu odbędzie się Zjazd Sekcji Higjeny Szkolnej i Wychowania fizycznego. Jako temat programowy obrano: „Higjena szkolna i wychowanie fizyczne w środowiskach wiejskich i małomiasteczkowych. Wspólnie z Sekcją Pedjatryczną postanowiono odbyć posiedzenie dla rozważania tematu: „Warunki pracy dzieci w szkole". Poza tem Sekcja przyjmuje zgłoszenia wykładów na tematy dowolne.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Ciechocinku komunikuje, iż trzeci zkolei sezon zimowy rozpoczyna się w roku bieżącym w dniu 1 grudnia i trwać będzie do dnia 31 marca roku przyszłego. W specjalnie przygotowanym do celów zimowych gmachu kąpielowym będą stosowane wszystkie zabiegi wchodzące w zakres lecznictwa zdrojowo-kąpielowego. W szczególności poza kąpielami solankowemi, borowinowemi i kwasowęglowemi, zostały uruchomione oddziały elektro- i wodoleczniczy, inhalatorjum oraz irygatorjum solankowe.

4. XII. 1932 odbyło się Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, na które przybyło 55 delegatów, reprezentujących 144 Tow. Przeciwgruźliczych z całego kraju, oraz Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych i Zarząd Związku. Przewodniczył obradom Doc. Dr. Wilhelm Czarnocki. Sprawozdanie z działalności Związku zreferował Wiceprezes Związku Dr Czesław Wroczyński. Przyjęto sprawozdanie rzeczowe i rachunkowe Związku, oraz na wniosek Komisji Rewizyjnej, udzielono Zarządowi absolutorjum. Po wyczerpującej dyskusji, w której zaznaczyło się żywe zainteresowanie przedstawicieli Towarzystw terytorjalnych rozwojem akcji przeciwgruźliczej, przyjęto zreferowany przez Dyrektora Związku Dr. Miłosza Grodeckiego, preliminarz budżetowy i plan działalności na rok przyszły. Wobec rezygnacji ze stanowiska Prezesa i członka Zarządu Zwiazku Dr. E. Piestrzyńskiego, Wiceministra Opieki Społecznej, Walne Zebranie wyraziło ustępującemu Prezesowi gorące podziękowanie za wieloletnią pracę dla Związku, oraz postanowiło jednogłośnie ofiarować Dr. Piestrzyńskiemu godność Członka Honorowego. Wobec znacznie rozszerzonego zakresu pracy czekającego P. Z. P. z powodu zbliżającego się terminu Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w Warszawie w r. 1934, Walne Zebranie postanowiło zmienić § 22 Statutu Związku, powiększając liczbę członków Zarządu z 12 na 15 osób. Walne Zebranie przyjęło do wiadomości złożenie mandatów przez dotychczasowy Zarząd. W wyniku wyborów do nowego Zarządu Związku weszli pp.: Jako członkowie Zarządu: Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr. Brodowicz Zygmunt, Dr. Chodźko Witold, Dr. Dąbrowski Kazimierz, Prof. Dr. Janiszewski Tomasz, p. Franciszek Karpiński, Dr. Kłuszyński Henryk, Prof. Dr. Latkowski Józef, Prof. Dr. Orłowski Witold, Dr. Orzechowski Konrad, Pułk. Dr. Rudzki Stefan, Dr. Roszkowski Marjan, Dr. Węgrzynowski Lesław, Dr. Wroczyński Czesław. — Jako Zastępcy Członków Zarządu: Dr. Borowski Antoni, Dr. Danielski Jan, Dyr. Krzyżanowski Jan, Dr. Lewin Gerszun, Dr. Martyszewski Paweł, Dr. Żmigród Bolesław. — Jako Członkowie Komisji Rewizyjnej: Dr. Szulc Tadeusz, Dr. Szczepański Zdzisław, Prof. Dr. Władyczko Stanisław. — Jako Zastępcy członków Komisji Rewizyjnej: Dr. Lewitt Józef, Dr. Majewski Wacław, Dr. Rudkowski Stanisław. Wkońcu Walne Zebranie wyraziło ustępującemu Zarządowi, oraz Dyrekcji i Biuru Związku serdeczne podziękowanie za owocną i ofiarną pracę.

Redakcja otrzymała:

H. Rouvière: Anatomie humaine descriptive et topographique. Masson. Paris 1932.

J. Marzecki: Homo normalis w ujęciu mikrofizycznem. Warszawa 1932.

L. Regmunt-Sobieszczański: Badania nad odpornością w gruźlicy u dzieci. Odb. z „Pedjatrji Polskiej".

St. Bühm: Krzemica płuc ze stanowiska kliniki chorób zawodowych. Odb. z Wiadomości Lek. 1932.

Gynecologie si obstetrica. T. VIII. Nr. 3—4. Bucuresti.

W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwo czy zabójstwo? Śmierć wskutek ran ciętych, kłutych i rąbanych. Warszawa 1932.